

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em
Enfermagem

Hospitalização domiciliária vs. hospitalização clássica, o modelo
custo-efetivo: revisão sistemática da literatura

Dissertação de mestrado

Maria Inês Monteiro Melo

Porto, 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA VS.
HOSPITALIZAÇÃO CLÁSSICA, O MODELO
CUSTO-EFETIVO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA
LITERATURA

HOSPITAL AT HOME VS. HOSPITALIZATION,
THE COST-EFFECTIVE MODEL: A SYSTEMATIC
LITERATURE REVIEW

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Paula Prata e coorientada pela
Professora Doutora Margarida Reis Santos

Autora: Maria Inês Monteiro Melo

Porto, 2020

AGRADECIMENTOS

A elaboração da presente dissertação de mestrado corresponde ao culminar de um percurso com diversos momentos de aprendizagem académica e pessoal, sempre, com orientação e acompanhamento de um leque de pessoas fundamentais, às quais pretendo agradecer.

À Professora Doutora Ana Paula Prata e Professora Doutora Margarida Reis Santos agradeço pela exigência e rigor na execução deste trabalho, assim como pela partilha de conhecimento científico e pela disponibilidade e apoio demonstrados ao longo deste percurso. Em particular, à Professora Doutora Ana Paula Prata quero agradecer pela partilha e incentivo na participação de desafios paralelos associados à temática do presente trabalho.

À colega Noémia Paiva que aceitou a minha proposta de realização de um projeto, para concurso nacional, nesta temática e que dessa forma contribuiu para elaboração do presente trabalho através da partilha de conhecimento científico.

Aos meus amigos, em particular à Inês e ao Rafael, pelo apoio constante, compreensão e incentivo.

Por último, aos meus pais por me ouvirem nos momentos de incerteza e cansaço, assim como por estarem presentes a cada conquista realizada. Pretendo agradecer pelo apoio incansável que me deram ao longo da realização do presente trabalho.

Muito obrigada!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

C. Y. U. - Chun Ying U

CES - Conselho Económico e Social

CRD - *Centre for Reviews and Dissemination*

DECAF - *Dyspnoea, Eosinopenia, Consolidation, Acidemia and Atrial Fibrillation*

DeCS - Descritores em Ciência da Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECA - Estudos clínicos aleatórios

EG - Enfermeiro Gestor

ESEP - Escola Superior de Enfermagem

FAME - *Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness, Effectiveness*

FIG - Figura

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HC - Hospitalização Clássica

HD - Hospitalização Domiciliária

ICN - *International Council of Nursing*

INE - Instituto Nacional de Estatística

JBC - *Joanna Briggs Collaboration*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MBE - Medicina Baseada em Evidência

MeSH - *Medical Subject Headings*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RCEI - Razão Custo-Efetividade Incremental

RCT's - *Randomized controlled trial*

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SNS - Serviço Nacional de Saúde

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

Introdução: A hospitalização domiciliária e hospitalização clássica são dois modelos de prestação de cuidados. A hospitalização domiciliária tem como objetivo diminuir o número de camas e custos hospitalares, as infeções nosocomiais e melhorar a qualidade de vida dos clientes. A sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde é um assunto atual dada a escassez de recursos, a implementação da hospitalização domiciliária contribui para a discussão sobre o seu impacto económico.

Objetivo: Identificar a melhor evidência disponível sobre o custo e a efetividade da hospitalização domiciliária versus a hospitalização clássica; sintetizar a melhor evidência disponível sobre o custo e a efetividade da hospitalização domiciliária versus a hospitalização clássica; identificar qual o modelo de implementação com uma melhor relação custo-efetividade. A finalidade é contribuir para a discussão sobre o impacto económico da hospitalização domiciliária e para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura, conforme o protocolo do Instituto da *Joanna Briggs*. A pesquisa dos estudos foi realizada no motor de busca *PubMed®* e nas bases de dados *CINAHL®* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials®*. Os descritores utilizados (em português, espanhol e inglês) foram hospitalização domiciliária, hospitalização clássica e custo-efetividade. A seleção de estudos e a avaliação da sua qualidade metodológica (com instrumentos do Instituto da *Joanna Briggs*) foi realizada por dois investigadores. Na pesquisa inicial foram identificados 204 estudos, tendo sido incluídos cinco.

Resultados: A hospitalização domiciliária foi considerada mais custo-efetiva em relação à hospitalização clássica pelos cinco estudos. Os estudos comprovam que os clientes preferem a hospitalização domiciliária, que esta reduz o número de clientes em internamento hospitalar e melhora a qualidade de vida dos clientes.

Conclusão: As evidências demonstram que a hospitalização domiciliária é mais custo-efetiva que a hospitalização clássica. No entanto, são necessários estudos que abranjam os custos para o cliente/família/cuidadores e de avaliação económica com maior qualidade metodológica. O enfermeiro gestor é fundamental na equipa de hospitalização domiciliária pelas suas competências e contributos como agente de mudança de um novo modelo de cuidados na organização, na gestão dos recursos e custos para o Serviço Nacional de Saúde.

Palavras-chaves: Hospitalização domiciliária, Hospitalização clássica, custo-efetividade

ABSTRACT

Introduction: Hospital-at-home (HH) and classic hospitalization (HC) are two models of care. Hospital-at-home aims to reduce the number of beds and costs, reduce nosocomial infections and improve the quality of life of users. The sustainability of the National Health Service is a current issue given the scarcity of resources; the implementation of home hospitalization contributes to the discussion about its economic impact.

Objective: To identify the best available evidence on the cost and effectiveness (all perspectives) of HH versus HC; to summarize the best available evidence on cost and effectiveness (all perspectives) of HH versus HC; identify which implementation model leads to better cost-effectiveness. The purpose is to contribute to the discussion on the economic impact of HH and the sustainability of the SNS.

Methodology: The study is a Systematic Literature Review, according to the protocol of the Joanna Briggs Institute. The research of the studies was performed in the search engine PubMed® and in the databases CINAHL® and Cochrane Central Register of Controlled Trials®. The descriptors used (in Portuguese, Spanish and English) were home hospitalization, classical hospitalization and cost-effectiveness. The selection of studies and the evaluation of their methodological quality (with instruments from the Joanna Briggs Institute) were performed by two researchers. In the initial research, 204 studies were identified and five were included.

Results: Hospital-at-home in the five studies was considered more cost-effective in relation to classic hospitalization. Different cost perspectives were carried out in the five studies. Studies show that users prefer hospital-at-home, reduce the number of patients in hospital and improve the quality of life of users.

Conclusion: The evidence shows that home hospitalization is more cost-effective than classical hospitalization, however it needs more studies covering the costs for the user/family/caregivers and economic evaluation studies with higher methodological quality. The nurse leader is fundamental in the hospital-at-home team for the skills and contributions as an agent to change a new model of care in the organization, in the management of resources and costs for the National Health Service.

Key-words: Hospital-at-home, classic hospitalization, cost-effectiveness

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1.1. Hospitalização domiciliária.....	23
1.2. Hospitalização clássica.....	26
1.3. Custo-efetividade.....	29
1.4. Sustentabilidade em saúde.....	32
1.5. Enfermeiro gestor.....	34
2. REFERENCIAL METODOLÓGICO	37
2.1. O modelo de cuidados em saúde do Joanna Briggs Institute uma referência metodológica.....	42
3. ESTUDO EMPÍRICO.....	45
3.1. Tipo de estudo	45
3.2. Finalidade e objetivos do estudo	45
3.3. Etapas da RSL.....	46
3.3.1. Protocolo do estudo	47
3.3.2. Questão de investigação	48
3.3.3. Critérios de inclusão e exclusão	50
3.3.4. Localização e seleção de estudos.....	52
3.3.5. Avaliação crítica dos estudos.....	58
3.3.6. Extração dos dados	60
4. INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
4.1. Características dos estudos incluídos na RSL	63
4.2. Evidências geradas nos estudos incluídos na RSL.....	70
4.3. Limitações da RSL.....	73
4.4. Implicações para a prática clínica.....	73

CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	91
ANEXO I - TESTE DE RELEVÂNCIA I	93
ANEXO II - TESTE DE RELEVÂNCIA II.....	115
ANEXO III - TABELAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS E1; E48; E73; E33; E107; E27.....	117

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: RCEI.....	31
FIGURA 2: A sustentabilidade em saúde e as suas ligações.....	33
FIGURA 3: Plano estratégico 2019-2023 ICN	39
FIGURA 4: Nível de evidência para efetividade	41
FIGURA 5: Nível de evidência para análises económicas.....	41
FIGURA 6: Modelo de cuidados de saúde baseado em evidência do JBI 2005	43
FIGURA 7: Modelo de cuidados de saúde baseado em evidência do JBI 2015	43
FIGURA 8: Etapas de RSL de avaliação económica	47
FIGURA 9: Fluxograma de seleção de estudos	60

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Fases do processo de investigação e etapas	37
TABELA 2: Questão PICO.....	50
TABELA 3: Critérios de inclusão e exclusão	51
TABELA 4: Palavras-chave	54
TABELA 5: Termos MeSH, DeCS e headings	55
TABELA 6: Descrição das bases de dados, frase booleana e filtros	56
TABELA 7: Nível de evidência JBI e Score da Avaliação da Qualidade Metodológica JBI	59
TABELA 8: Descrição dos estudos incluídos na RSL.....	64
TABELA 9: Descrição do estudo: tipo, desenho e colheita de dados	65
Tabela 10 - Síntese descritiva inicial dos estudos incluídos	65

INTRODUÇÃO

A hospitalização domiciliária (HD) é entendida como um recurso, com serviços de enfermagem, médicos e de reabilitação domiciliar, cujo objetivo é evitar a admissão hospitalar ou facilitar a alta precoce, que oferece intervenções complexas agudas e de curto prazo no domicílio, visando substituir a hospitalização total ou parcialmente (Chun Ying U, Pryor, & Parker, 2017). É uma alternativa ao internamento de clientes com doenças crónicas, que contribui para o aumento da satisfação dos cuidadores, a melhoria da qualidade de vida dos clientes e a redução dos custos, sem acrescentar efeitos adversos aos resultados clínicos (Voudris & Silver, 2018). Comum entre vários autores é a ideia de Shepperd & Liffé (2015) de que a HD deve ser entendida como um serviço temporário.

A prestação de cuidados no domicílio, que surgiu nos Estados Unidos da América no século XX, implica a constituição de equipas multidisciplinares que realizem, por exemplo, visitas diárias ao domicílio com o intuito de avaliarem o estado clínico do cliente. A prestação deste tipo de cuidados não se encontra isenta de um conjunto de requisitos a que o cliente deverá corresponder e necessita do consentimento informado deste.

Em Portugal, a implementação deste modelo é recente. A prematuridade do projeto piloto implementado e de outros que começam a emergir, ainda não permitem avaliar o seu impacto económico. No entanto, a nível internacional já existe evidência científica sobre o assunto, pelo que, se considera importante a realização de uma revisão sistemática da literatura (RSL), para identificar o custo-efetividade deste modelo de prestação de cuidados.

As organizações hospitalares (centro hospitalar, hospital e unidade local de saúde) prestam cuidados de saúde ao nível ambulatorio e de internamento. O internamento implica a ocupação de um berço/cama por parte de um cliente que necessita de cuidados de saúde para identificação de diagnóstico e tratamento ou cuidados paliativos, por um período mínimo de 24 horas (Martins & Nogueira, 2017). No presente trabalho, o internamento hospitalar é designado como hospitalização clássica (HC).

A análise do custo-efetividade corresponde a uma avaliação económica, em que as consequências das diferentes opções para um objetivo são traduzidas em unidades naturais. A relevância dos dados da efetividade dos serviços que são prestados é crucial para uma avaliação que permita determinar qual o serviço com menor custo. Para que a análise custo-efetividade seja bem-sucedida é necessário verificar a relação de proximidade entre o objeto de estudo e os dados já disponíveis; averiguar os dados provenientes de estudos

aleatórios e controlados; e, por último, verificar que os dados são representativos e com um elevado grau de completitude (Lourenço & Silva, 2008).

A sustentabilidade do sistema de saúde é um assunto atual dada a escassez de recursos. Considera-se que é possível diminuir os custos, melhorar a prestação de cuidados e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) se forem implementados programas de saúde com melhor custo-efetividade, pelo que, analisar a implementação de modelos de HD em países que já avaliaram, economicamente, este programa de saúde, pode contribuir para a eficiência da sua instituição em Portugal. De acordo com Barros (2014) a existência de sustentabilidade financeira do SNS significa que a população tem serviços de saúde garantidos de acordo com a sua disponibilidade financeira.

O presente trabalho terá por base a realização de uma revisão sistemática da literatura sustentada no modelo conceptual do *Joanna Briggs Institute*® (JBI).

A preferência por esta metodologia foca-se no facto de este tipo de estudo permitir uma síntese compreensiva de todo o conhecimento científico existente até à data sobre um objeto em análise, sustentando desta forma uma conclusão baseada na evidência, para dar resposta aos objetivos do estudo (Aromataris & Munn, 2017). Recorrendo ao protocolo do JBI é possível afirmar que a investigação será realizada com rigor e atender aos critérios de qualidade de investigação expectáveis ao nível académico.

No âmbito do curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), ano letivo 2019/2020, foi desencadeada a possibilidade de desenvolver um estudo secundário focalizado na análise custo-efetividade de dois modelos de prestação de cuidados: HD e HC.

A finalidade do presente trabalho é contribuir para a discussão sobre o impacto económico da HD e para a sustentabilidade do SNS. Os seus objetivos são: identificar a melhor evidência disponível sobre o custo e a efetividade da HD *versus* a HC, em todas as perspetivas; sintetizar a melhor evidência disponível sobre o custo e a efetividade da HD *versus* a HC; identificar qual o modelo de implementação com uma melhor relação custo-efetividade.

Estruturalmente, o trabalho encontra-se organizado em quatro partes: o enquadramento teórico com o objetivo de definir os conceitos fundamentais (HD, HC, custo-efetividade, sustentabilidade em saúde e enfermeiro gestor) para a compreensão do conteúdo abordado; seguidamente, a apresentação do referencial metodológico baseado no modelo de RSL do JBI; posteriormente o estudo empírico, com a explanação da metodologia do presente estudo. Por último, realizar-se-á a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos.

A determinação da metodologia de pesquisa apresenta uma implicação no rigor dos dados apresentados e na credibilidade e validade da evidência científica exposta. Desta forma, os motores de busca determinados foram o *Google Scholar*, *EbscoHost web* via ESEP, *Scopus*, *PubMed* e as bases de dados foram a *CINAHL*® (EBSCO HOST® via ESEP), *Cochrane Central*

Register of Controlled Trials (Central)® (EBSCO HOST®via ESEP), *MEDLINE*®, *NHS Economic Evaluation Database*, *Cost effectiveness anaylisis registry* e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

É expectável que a realização do presente trabalho contribua para a melhor evidência sobre o impacto económico da HD.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A HD encontra-se associada aos cuidados de saúde, desde o final da década de 40, nos Estados Unidos da América, como alternativa ao internamento hospitalar clássico. É um modelo que consiste na prestação de cuidados de saúde no domicílio do cliente, desde que este cumpra os critérios estabelecidos. Os cuidados de saúde são prestados por uma equipa multidisciplinar e ocorrem durante um período de tempo, conforme a patologia e necessidades dos clientes (Direção Geral de Saúde [DGS], 2018).

Atualmente, a discussão associa-se à comparação do custo-efetividade do serviço de HD e da HC.

Neste capítulo, serão explanados, detalhadamente, o conceito de “hospitalização domiciliária”, os seus objetivos, a equipa da HD, critérios de inclusão e de exclusão de clientes, os procedimentos que podem ser realizados no domicílio, o processo de admissão, os registos clínicos, gestão de fármacos e controlo de infeção no domicílio. Serão também explorados os conceitos de “hospitalização clássica”, “custo-efetividade”, “sustentabilidade em saúde” e de “enfermeiro gestor” (mais propriamente associado à visão económica da sua função).

1.1. Hospitalização domiciliária

A rotina habitual de um indivíduo que necessita de cuidados clínicos concretiza-se, na sua grande maioria, num processo de internamento hospitalar de horas a dias, num ambiente não familiar e pouco humanizado, por vezes com sobrelotação de camas/pessoas. Apesar de ser semelhante ao cenário atual, inclusive em Portugal, esta observação remete-nos, na história, para o ano de 1947, mais propriamente para o estado de New York (Estados Unidos da América), onde foi criada a primeira unidade de HD. Esta unidade surgiu associada às seguintes problemáticas: a sobrelotação nas camas hospitalares e a necessidade de providenciar aos clientes um ambiente favorável à recuperação e um ambiente familiar, humano. Ao longo dos anos, este projeto tem vindo a ser replicado em diversos países. No continente europeu, o país piloto foi a França, em 1951, mas, apenas em 1992, foi reconhecido. Posteriormente, países como o Canadá, em 1960 e o Reino Unido, em 1965; a

Alemanha e a Suécia na década de 70; a Itália, em 1980, e a Espanha, em 1981, também desenvolveram projetos de HD (Cotta et al., 2001; Genet et al., 2011; Escarrabill, 2002; Alves, 2016).

A HD é um *“modelo de assistência hospitalar praticado no domicílio do doente, durante um período transitório, em alternativa ao internamento convencional”* (DGS, 2018, pp. 1). Engloba cuidados de curta duração (agudização), de reabilitação, paliativos e cuidados a clientes com patologia crónica ou em terapia funcional (Chevreul, Com-Ruelle, Midy, & Paria, 2004). Inclui a prestação de cuidados mais ou menos complexos, assim como, a realização de exames complementares de diagnóstico ou a execução de procedimentos clínicos, tal como no internamento hospitalar (Mendizábal, Garcia, Fernández, & Canales, 2011; Chevreul et al., 2004). Segundo o Despacho nº9323-A/2018 este modelo consiste numa alternativa ao internamento hospitalar, sendo os cuidados dispensados pela equipa de saúde contínuos e ativos, prestados no domicílio do cliente, conforme as suas necessidades de tratamento. A melhoria de condições sanitárias, higiénicas e habitacionais permitem que os clientes usufruam desta alternativa.

A HD integra clientes com patologia crónica agudizada ou patologia aguda, assim como, clientes em cuidados paliativos/ estadio terminal, que necessitem de procedimentos terapêuticos e cuidados da responsabilidade exclusiva do hospital. Estes clientes podem ser provenientes da consulta externa, do hospital de dia, do serviço de urgência ou referenciados pelos cuidados de saúde primários (DGS, 2018). As patologias mais frequentemente descritas nos diversos modelos internacionais incluem: *“doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca congestiva, celulites/erisipela, infeções adquiridas na comunidade e/ou hospital, infeções por microrganismos multirresistentes”* (DGS, 2018, pp.16).

Segundo Mendizábal et al. (2011), o modelo de HD de Espanha acrescenta casos clínicos cirúrgicos desde situações ambulatoriais, alta precoce ou transplante, e cuidados de saúde mental. Existem dois programas de HD: um, em que o cliente é admitido após episódio de urgência com prescrição de terapêutica; e outro, em que o cliente é integrado no modelo de HD, já no decurso do internamento. Em ambas as situações, o episódio de doença não se encontra resolvido (Farfan-Portet et al., 2015).

Os modelos de HD a nível internacional têm como objetivos comuns a diminuição da lotação de camas a nível hospitalar, uma melhor qualidade de vida para o cliente no seu ambiente familiar, num período de agudização ou fase terminal e a diminuição dos custos do internamento (Cotta et al., 2001). Em Portugal, o modelo, recentemente, instituído acrescenta como objetivos a diminuição das infeções nosocomiais, a diminuição de quadros de agudização associados aos focos de confusão e queda, assim como, a promoção de uma maior garantia da acessibilidade dos clientes aos cuidados de saúde. Outros pressupostos associados são a criação de *“uma envolvência psicossocial mais favorável ao doente durante*

o período de internamento, e valorizar o papel da família/ cuidador, prevenindo a rejeição o abandono e a institucionalização” (DGS, 2018, pp.16).

A prestação de cuidados na unidade de HD, é realizada 24 horas por dia, por uma equipa constituída por enfermeiros, médicos, paramédicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistente social, nutricionistas e assistentes operacionais (Alves, Bigotte, Costa, & Vaz-Carneiro, 2017; Landers et al., 2016; Chevreul et al., 2004; Perroca & Ek, 2004). Em Portugal, para garantir uma assistência com qualidade, é constituída consoante as necessidades dos clientes. A equipa principal é formada por enfermeiros, médicos, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais, sendo acrescentados outros técnicos quando necessário (DGS, 2018).

Tal como na hospitalização clássica, em ambiente domiciliário, realizam-se procedimentos clínicos e meios de diagnóstico que permitem efetuar o tratamento adequado ao cliente. Algumas das terapêuticas e procedimentos de diagnósticos que são possíveis de realizar em contexto de HD são: gasimetria, ecografia, ecocardiograma, oximetria, polissonografia, punção lombar, biopsia óssea, mielograma, artrocentese, paracentese, colheitas de produtos biológicos para microbiologia/ análise, oxigenoterapia, colocação de dispositivos (cateteres venosos periféricos e drenos), tratamento de feridas, administração de terapêutica via endovenosa (antibioterapia, transfusão de hemoderivados, quimioterapia), ventilação mecânica, suporte nutricional por via parentérica e entérica, aerossolterapia, entre outros (Mendizábal et al., 2011; DGS, 2018).

A admissão no programa de HD está condicionada à resposta a um fluxograma de admissão, que engloba uma avaliação inicial efetuada pela equipa de HD, tendo os clientes que cumprir critérios de inclusão bem definidos, tanto a nível internacional, como a nível nacional. São avaliadas as condições clínicas, habitacionais e sociais, a existência de um cuidador informal e de um meio de comunicação que permita comunicar com a equipa (telemóvel ou telefone fixo). A idade não é um critério para integrar o modelo de HD. A nível clínico, os critérios incluem a complexidade do tratamento e a estabilidade do cliente, sendo que cada modelo tem *guidelines* com critérios de elegibilidade clínica, que são adequados a cada organização (Farfan-Portet et al., 2015 e DGS, 2018). É, ainda, necessário, que o cliente consinta o internamento, assinando o documento de consentimento informado. A delimitação geográfica, a atribuição da equipa e a definição das visitas domiciliárias são também critérios a ter em conta (Mendizábal et al., 2011; Farfan-Portet et al., 2015).

A gestão do processo dos clientes integrados na HD é fundamental para o funcionamento das organizações, sendo esta ainda mais importante, quando existe uma equipa multidisciplinar. Deve garantir que estão reunidos num só processo os critérios sociais, médicos e de enfermagem, assim como, o consentimento informado assinado e a listagem de fármacos prescritos. Em suma, documentação não assistencial e assistencial, em suporte informático ou em papel, referente ao cliente, como se fosse o seu bilhete de identidade, permitindo

que, todos os profissionais, acessem à mesma informação (Mendizábal et al., 2011 e DGS, 2018).

O controlo de infeção é primordial nos cuidados prestados e, como no internamento hospitalar, na unidade de HD, deverá existir o estabelecimento de uma rota de transporte e recolha de resíduos. De acordo com DGS (2018), deverá ser, igualmente, feita a desinfeção do material transportado para o domicílio, que não seja para uso único. Deverão ser realizados ensinamentos ao cuidador e ao cliente sobre controlo de infeção, dado que a equipa não está presente 24h no domicílio. A medicação e condições de armazenamento no domicílio são um foco de atenção para os profissionais pois é necessário manter as características da terapêutica (DGS, 2018).

Em Portugal, a HD é recente tendo, o primeiro projeto piloto, sido implementado, em 2015, no Hospital Garcia de Orta. A sua implementação, em Portugal, é congruente com as necessidades identificadas noutros países: o aumento do número de pessoas com doença crónica e o envelhecimento da população (Perroca & Ek, 2004).

1.2. Hospitalização clássica

No século XX, o desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento biomédico, tal como, as crescentes preocupações com a responsabilidade originaram a transição do local da prestação de cuidados de saúde do domicílio para o hospital (Leff & Burton, 1996).

Os cuidados de saúde curativos, preventivos, de reabilitação ou os cuidados continuados integrados são serviços e bens de saúde, diretamente providenciados a clientes que se encontrem no domicílio, em contexto ambulatorio ou em internamento (Martins & Nogueira, 2017). Estes cuidados podem ser prestados por diversas entidades de saúde, nomeadamente, hospitais.

O hospital é uma instituição de saúde que contribui para a prevenção e tratamento de doenças, pode colaborar com instituições de ensino e cooperar na investigação científica (Martins & Nogueira, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), amplificam e complementam a eficácia do sistema de saúde, gerindo os recursos escassos de forma a suprir, eficientemente, aquelas que são as necessidades da população no setor da saúde. Podem ser instituições públicas ou privadas, sendo nas privadas o proprietário uma entidade privada e nas públicas o financiador (principal) ou tutor administrativo o Estado. Em ambas, o acesso pode ser universal ou restrito (Martins & Nogueira, 2017).

O internamento hospitalar ou HC, como se encontra referenciado neste estudo, deverá ser uma opção restrita a clientes cujos cuidados de saúde não podem ser prestados em ambulatório. A hospitalização clássica é a *“modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria)”* (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020, pp. 323). O processamento da hospitalização clássica é executado com uma proposta de admissão, podendo ser através de um episódio de urgência, solicitação de médico de medicina geral e familiar ou médico particular, ou a pedido da consulta externa hospitalar (Ministério da Saúde, 2020).

O cliente internado é o indivíduo admitido numa instituição de saúde com contexto de internamento, por um período de tempo, ocupando uma cama para tratamento ou diagnóstico, permanecendo na unidade de internamento pelo menos 24 horas. No entanto, em algumas circunstâncias, mesmo não completando o período mínimo de internamento na instituição de saúde, têm um dia de internamento contabilizado, inclusivamente, em situações por motivo de óbito ou por alta clínica contra parecer médico ou por motivo de transferência (Portaria nº 207/17 de 11 de julho). Para processamento da faturação do internamento, é contabilizado o tempo *“desde a admissão no serviço de urgência (nos casos em que o doente tenha sido admitido através do serviço de urgência), bem como os dias de estada em berçário”* (Portaria nº 207/17 de 11 de julho, pp. 3552). Os clientes internados, em algumas instituições de saúde, são sujeitos ao Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH), que corresponde a uma classificação considerando o diagnóstico principal, patologias associadas e complicações, intervenções cirúrgicas, procedimentos a nível clínico realizados, idade e sexo do cliente, peso à nascença e destino após alta médica. O objetivo da classificação é permitir criar um grupo de clientes coerentes, quanto ao quadro clínico, e homogêneos, face aos recursos que necessitam. Assim, este *“sistema de classificação de episódios agudos de doença tratados em internamentos”* permite definir, a nível operacional *“a produção de um hospital”* (Portaria nº 132/09 de 30 de janeiro, pp. 661).

O tempo de internamento é definido como o número total de dias utilizados pelos clientes internados em todos os serviços de uma instituição de saúde durante um período de referência, à exceção dos dias da alta médica. Neste tempo de internamento não se encontram incluídos os dias de estada no serviço de observação do serviço de urgência nem os de berçário (Portaria nº 207/17 de 11 de julho).

A hospitalização clássica, segundo a Portaria nº 207/17 de 11 de julho, pode ocorrer de diversas formas face aos dias de internamento, tendo sido classificados seis tipos de episódios de internamento: episódio agudo de doença (1), episódio crónico de doença (2), episódio de curta duração (3), episódio de longa duração (4), episódio normal de internamento (5) e episódio de internamento (6).

De acordo com a referida Portaria cada um destes episódios é entendido como:

1. Período de internamento (em dias), necessário para o tratamento em fase aguda, desde a data de admissão até à data de alta;
2. Dias de tratamento necessários, em fase crónica da enfermidade, desde a data da admissão até à data da alta;
3. Episódio em que o período *“de internamento é igual ou inferior ao limiar inferior de exceção do respetivo GDH”* (Portaria nº 207/17 de 11 de julho, pp. 3553);
4. Episódio *“cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo do respetivo GDH”* (Portaria nº 207/17 de 11 de julho, pp. 3553);
5. Período de tempo de internamento que se circunscreve *“entre o limiar inferior de exceção e o limiar máximo de exceção do GDH a que pertence”* (Portaria nº 207/17 de 11 de julho, pp. 3553);
6. Período de tempo de internamento, ininterrupto, desde a admissão até à alta médica, com exceção deste dia.

O custo do internamento pode ser calculado conforme o sistema de classificação de clientes de GDH ou conforme a diária de internamento, sendo que, este último, só deverá ser considerado em situação de episódio de internamento de clientes em fase não aguda da doença ou em situações que exijam atender a critérios específicos do cálculo do preço (Portaria nº 207/17 de 11 de julho).

A hospitalização clássica é realizada nas enfermarias, unidades funcionais de uma instituição de saúde com pelo menos três camas, destinadas a clientes que requerem cuidados de saúde (INE, 2020). A duração média de 7 dias (excetuando o dia da alta), o seu custo inerente, as complicações iatrogénicas associadas (por exemplo) assim como a ocupação de camas, fundamentaram a necessidade da implementação da HD a nível mundial, permitindo, desta forma, o retorno de alguns cuidados de saúde prestados a nível hospitalar, novamente, para o domicílio (Alves, 2016; INE, 2020).

O número de altas de internamento hospitalar na população idosa tem vindo a aumentar nos últimos anos, o que está de acordo com o aumento do envelhecimento da população (INE, 2020). A HC, apesar de ser um recurso fundamental para a população mais idosa, quando prolongada e repetitiva, poderá ter consequências negativas ao nível da qualidade de vida, perda da capacidade funcional e aumento da fragilidade (Nunes et al., 2017). Em Portugal, em 2018, existiam 230 hospitais, sendo 107 públicos e com um total 22.500 camas disponibilizadas para a HC. A taxa de HC, em 2018, em hospitais públicos, foi de 69,8%, de um total de 1,2 milhões de contextos de internamento (INE, 2020).

Assim, mesmo reconhecendo-se as complicações associadas à HC, nomeadamente para a faixa etária mais idosa, verifica-se que a taxa de internamento é elevada, mesmo com a implementação de projetos de HD na realidade portuguesa. Tal poderá permitir concluir,

que apesar desta opção de prestação de cuidados de saúde, a HD, a HC mantém-se como fundamental no SNS.

1.3. Custo-efetividade

A economia permite estudar *“como a população utiliza os recursos escassos para produzir bens e serviços e distribuí-los pelos diferentes indivíduos.”* (Samuelson & Nordhaus, 2010, pp. 4). Esta ciência investiga a melhor distribuição dos recursos escassos para que os desejos, as necessidades e as preferências da sociedade sejam atendidos (Mugford et al., 2010).

Atualmente, a economia encontra-se dividida em duas avaliações: macroeconómica e microeconómica (Samuelson & Nordhaus, 2010).

A avaliação microeconómica é um dos principais focos do setor da economia da saúde e neste setor a análise custo-efetividade corresponde a uma das análises mais utilizadas (Lakhani, 2014).

A análise custo-efetividade corresponde a um dos quatro principais tipos de pesquisa de avaliação económica, juntamente com a análise de minimização de custo; a análise de custo-benefício e a análise de custo-utilidade (Gomersall et al., 2014).

O custo-efetividade, em saúde, é um conceito que surgiu no final da década de 70 e corresponde a *“uma metodologia de síntese em que os custos são confrontados com desfechos clínicos.”* (Secoli, Nita, Ono-Nita, & Nobre, 2010, pp. 330).

Para Lakhani (2014), a análise de custo-efetividade permite estudar o impacto das diversas opções existentes para um objetivo, atendendo ao menor custo e demonstrando, qual a opção com maior nível de eficiência. Desta forma, os estudos, por norma, utilizados numa análise de custo-efetividade, são comparativos (Secoli et al., 2010).

Neste método, os resultados das intervenções são medidos com unidades idênticas (Gomersall et al., 2014). Lakhani (2014, pp. 7-8) explica que a *“medida de efetividade é dada em “unidades naturais” ou “unidades físicas”, por exemplo, custo de anos de vida ganhos (Life Years-LY), dias sem doença ou número de casos detetados.”*. Posteriormente, as intervenções alternativas são comparadas ao nível do custo, sendo expressas monetariamente (Gomersall et al., 2014).

O objetivo da análise custo-efetividade é determinar qual a alternativa custo-efetiva. Esta determinação poderá ser feita com recurso a um *“processo comparativo das alternativas”* ou com recurso à utilização de valores-limite (Secoli et al., 2010, pp. 330).

A qualidade de uma análise custo-efetividade advém do seguimento de um conjunto de etapas. Assim, é necessário que, inicialmente, o investigador defina objetivamente a questão de pesquisa. Na pergunta devem estar presentes as alternativas que se pretendem analisar, sendo que, no caso deste estudo, no que concerne a questão de investigação, está explícito que se pretende analisar e comparar o custo-efetividade dos diferentes modelos de HD (Secoli et al., 2010).

Na segunda fase é efetuada uma seleção das alternativas tecnológicas ou terapêuticas, a seleção deve basear-se numa RSL atendendo ao contexto da análise (Secoli et al., 2010). Secoli et al. (2010) e Vianna (2010) dão primazia a meta-análises ou revisões sistemáticas da literatura. A utilização da meta-análise, por exemplo, *“combina os resultados de estudos independentes, para obter poder estatístico com o somatório de amostras e quantificação do tamanho do efeito terapêutico”* (Vianna, 2010, pp. 183).

Seguidamente, é necessário determinar a perspetiva da análise, ou seja, é pretendido referir o público interessado nas conclusões do estudo. Dependendo da perspetiva, os desfechos e categorias dos custos a serem avaliados serão diferentes. Vianna (2010) refere que poderão existir conflitos de interesse entre, por exemplo, a sociedade, os clientes, os profissionais de saúde, o governo e outros. Atendendo à componente económica do estudo e procurando contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde português, Secoli et al. (2010, pp. 331) preconiza que, numa perspetiva de sistema de saúde, *“são selecionados custos diretos médicos e os desfechos associados à recuperação do paciente, visto que são indicadores de impacto administrativo-financeiro”*.

Posteriormente, deverá ser realizada uma seleção dos desfechos relevantes e de todos os custos. Nesta seleção existem dois estratos: os intermediários e os finais. Os intermediários são os mais utilizados em estudos em que se pretende diminuir o tempo, os custos e a complexidade. No entanto, não apresentam resultados a longo prazo. Os desfechos finais correspondem a resultados de estudos com maior seguimento de tempo e grandes amostras, apresentando, desta forma, um maior impacto (Secoli et al., 2010). Face aos custos, é necessário realizar uma *“estimativa da utilização de recursos para valorização monetária deles e posterior definição dos custos.”* (Vianna, 2010, pp. 183).

A escolha das categorias de custos, sejam estes custos indiretos ou diretos, é a etapa seguinte. A determinação do custo da intervenção tornar-se complexa pela aproximação do modelo analítico adotado com a realidade dos eventos que podem surgir na realidade. Ou seja, o modelo analítico agrega, no caso de uma intervenção em saúde, os recursos e procedimentos despendidos e determina, através da média aritmética simples, o custo da intervenção. No entanto, na observação da realidade, por vezes, é verificado que existem

interferências que vão influenciar os desfechos e/ou os custos da intervenção, pelo que, as interferências constatadas na realidade, devem ser incluídas no cálculo da análise de custo-efetividade, considerando a frequência da ocorrência (das interferências) e a magnitude que os seus efeitos apresentam (Secoli et al., 2010).

A elaboração dos cálculos de custos e benefícios é executada com recurso a modelos de decisão clínica e avaliação económica, nomeadamente, modelos de Markov, o modelo da árvore de decisão e os métodos bayesianos, entre outros. O modelo selecionado deverá ser representativo da análise (Secoli et al., 2010).

Considerando que, em saúde, o custo pode ser imediato e o desfecho tardio, para que se possa efetuar uma comparação direta entre os desfechos e os custos (em diferentes momentos na linha temporal) e se obter o atual valor do custo, é necessário recorrer à técnica de desconto (Vianna, 2010). A taxa de desconto a utilizar no cálculo deve situar-se entre 3% a 5% por ano (Secoli et al., 2010 e Vianna, 2010).

Os resultados que são obtidos através da análise de custo-efetividade são apresentados através da razão custo-efetividade incremental (RCEI) e são validados com recurso à análise de sensibilidade. Esta razão corresponde à diferença entre os custos de duas intervenções (no numerador) dividida pela diferença entre a efetividade das mesmas intervenções (denominador) (Figura [Fig]. 1).

FIGURA 1: RCEI

$$RCEI = \frac{[CUSTO DA INTERVENÇÃO A] - [CUSTO DA INTERVENÇÃO B]}{[EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO A] - [EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO B]}$$

Fonte: Adaptado de Secoli et al., 2010

Por último, é realizada uma análise de sensibilidade, que corresponde a uma técnica para avaliar a *“incerteza, acerca de toda e qualquer covariável contemplada no modelo económico, ou seja, a respeito de custos ou de desfechos”* (Secoli et al., 2010, pp. 332). Com recurso a esta análise, é possível comprovar a estabilidade dos resultados ou a sua robustez e compreender até quando se mantém o resultado da RCEI, quando os valores das variáveis são alterados nos limites plausíveis. A análise de sensibilidade probabilística é a técnica que permite determinar se o resultado é custo efetivo ou não (Secoli et al., 2010).

A crescente implementação da HD, em contexto internacional e em Portugal, torna pertinente a análise do seu custo-efetividade. A abordagem do custo-efetividade permite comprovar se a utilização da HD, prática em saúde que se pretende adotar, é mais vantajosa a nível de custos, que a alternativa em curso: HC.

A crescente utilização da análise de custo-efetividade, para avaliar custos e efeitos na saúde de intervenções específicas, é dominada por estudos de novas intervenções em comparação com a prática atual (WHO, 2003). A estimativa de custo-efetividade de uma nova proposta

de intervenção é comparada com a relação custo-eficácia de um conjunto de intervenções existentes relatadas na literatura ou com um ponto de corte de preço fixo representando a disposição para pagar por uma unidade adicional de saúde (WHO, 2003).

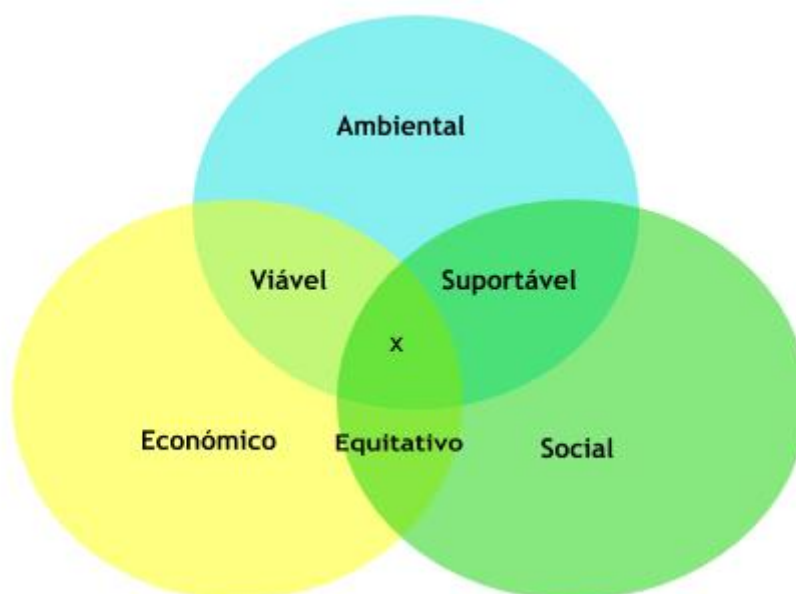
1.4. Sustentabilidade em saúde

A sustentabilidade é um conceito com visão a longo prazo, que assegura a satisfação das necessidades da presente geração, sem comprometimento das necessidades das futuras gerações. Subsistem variadas definições do conceito sustentabilidade, popularizadas, em 1987, num relatório elaborado pelas Nações Unidas, integrando todas as componentes: ambiental, económica e social (Claro, Claro, & Amâncio, 2008).

Entende-se por sustentabilidade económica o gerar de receitas suficientes para pagar os custos e gerar externalidades positivas para pagar as externalidades negativas criadas. De forma sucinta, as externalidades são a forma como uma ação (desencadeada por uma entidade de foro económico) se repercute em terceiros (Soares, 1999). A sustentabilidade ambiental é um conceito que surge com a revolução industrial e a expansão da mesma. Tal acontecimento, causou e causa interferência nos ecossistemas por aumentar a poluição nestes e diminuir a biodiversidade. A crise económica global apresentou repercussões ao nível do desemprego, marginalidade, fragilidade de democracias e crescimento das desigualdades, provocando o abalo da sustentabilidade social. Este panorama deve procurar diminuir as desigualdades e incluir as minorias, bem como, deve, de forma contínua e progressiva, eliminar a pobreza (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2017).

Estas três componentes encontram-se associadas ao conceito de sustentabilidade em saúde (Fig. 2).

FIGURA 2: A sustentabilidade em saúde e as suas ligações



Fonte: Adaptado de OPSS, 2017

Analisando a figura acima exposta é possível concluir que duas componentes da sustentabilidade por si só não permitem alcançar a sustentabilidade em saúde, podem conduzir a um sistema viável, suportável ou equitativo, mas nunca sustentável.

Estabelecendo uma ligação entre a forma como estas três componentes se associam ao sistema de saúde, conclui-se que, a sustentabilidade social se encontra interligada à sustentabilidade do sistema de saúde, na medida em que, são prestados cuidados de saúde aos cidadãos que visam aumentar o seu bem-estar, bem como, potenciar a integração da população no mercado laboral. Por outro lado, e atendendo à sustentabilidade ambiental, na saúde, devem ser prezadas práticas clínicas que preservem o meio ambiente, desde a produção de fármacos e material, até ao funcionamento de equipamentos e unidade de saúde. Por último, mas não menos importante, na perspetiva da sustentabilidade económica, a população deverá ser capaz de pagar os seus cuidados de saúde. O OPSS (2017), destaca que, para se disponibilizar cuidados em saúde, é necessário diminuir a satisfação de outras necessidades, dado existirem limites orçamentais impostos pela União Europeia. Tal facto, implica que os benefícios perdidos sejam contabilizados.

A sustentabilidade, em saúde, segundo Brousselle & Guerra (2017), é um dos determinantes da sobrevivência e da saúde das populações. Este facto deve contribuir para a discussão sobre a racionalização dos planos e programas de saúde, a priorização das intervenções junto da população e a avaliação das alternativas de satisfação das necessidades em saúde.

Em Portugal, o conceito de sustentabilidade em saúde, associado ao Sistema de Saúde, abrange três componentes: sustentabilidade técnica, financeira e política.

Relativamente à sustentabilidade financeira, o foco centra-se na proteção financeira da população (dentro da disponibilidade que esta apresenta, através de seguros de saúde, impostos, seguro social, taxas moderadoras) e no acesso aos cuidados de saúde. Do ponto de vista da proteção financeira da população, o Estado assume-se como financiador do SNS, pelo que, a sustentabilidade deste, está dependente da disponibilidade financeira do Estado, assegurada pelo equilíbrio entre a receita e a despesa pública. Atendendo ao facto de que, a despesa pública não é exclusiva da área da saúde, e que, dependendo desta, são tomadas decisões políticas, a abordagem de sustentabilidade financeira em saúde não pode ser descorada da sustentabilidade política, tal como, não pode ser descorada do valor do Produto Interno Bruto, valor produzido a nível interno (Barros, 2014). O valor da verba que o SNS necessita, por parte do Orçamento do Estado, está dependente de três dimensões: a universalidade do público-alvo, a abrangência dos cuidados e a cobertura na proporção de custos a serem assegurados pelos clientes nos cuidados de saúde, quer sejam estes preventivos ou curativos (Barros, 2014).

Quanto ao acesso aos cuidados de saúde, para se garantir a sustentabilidade do SNS, é necessário gerir a procura dos mesmos, alterando os hábitos e estilos de vida da população, de forma a haver uma menor necessidade de consumo (Barros, 2014).

Em suma, a sustentabilidade financeira do sistema de saúde está dependente da despesa pública. Quando esta aumenta, há menor receita para o setor da saúde (Barros, 2014). No entanto,

“Existe sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde se o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo.” (Simões et al., 2007, pp. 18)

A integração de um novo serviço de prestação de cuidados em saúde irá afetar, negativamente ou positivamente, o valor de despesa pública em saúde, sendo, desta forma, extremamente relevante, avaliar o custo-efetividade que este serviço implica num país.

1.5. Enfermeiro gestor

A Ordem dos Enfermeiros refere que o enfermeiro gestor (EG) possui *“um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado”* ao nível da gestão, da profissão enquanto enfermeiro e na disciplina de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, pp. 3478).

O EG, ao longo da sua formação, adquire um conjunto de competências para exercer as suas funções. Neste subcapítulo, apenas serão exploradas, aquelas que estão associadas à política da organização e do SNS. O EG é detentor da visão da Organização face ao seu meio interno e externo, reconhecendo o ambiente desta e participando *“nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação”* (OE, 2018, pp. 3478). Detém aptidões que lhe permitem agregar valor económico à instituição e ser um elemento fulcral na obtenção dos ganhos em saúde, interpretando estes mesmos *“como um processo de planeamento para identificação de necessidades em saúde e de ganhos potenciais, traduzidos em indicadores de avaliação, ao nível da estrutura, processos e resultados”* (OE, 2018, pp. 3486). É fundamental para a manutenção da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo um promotor da classe e agregador de valor social para a mesma. O seu conhecimento permite que seja capaz de desenvolver um processo de tomada de decisão de forma transparente, efetiva e com competência relacional. Pelas funções exercidas, é fundamental que assuma *“atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde”* (OE, 2018, pp. 3478).

No domínio do exercício profissional, o EG, está habilitado para exercer funções nos três níveis de gestão: estratégico, tático e operacional. Estes três níveis são distintos no conceito de hierarquia de gestão. O nível estratégico refere-se à gestão de topo da Instituição, o nível tático à gestão realizada a um conjunto de serviços, departamentos ou unidades e, por fim, o nível operacional corresponde a uma gestão desenvolvida numa unidade assistencial ou num serviço. As competências acrescidas exercidas nos três níveis, anteriormente referidos, pertencem ao domínio da gestão e ao domínio da consultadoria e da assessoria (OE, 2018).

O enfermeiro gestor tem um papel importante na tomada de decisão da implementação de uma nova alternativa ao internamento hospitalar, dado que, no setor da gestão da segurança e da qualidade, atua no desenvolvimento de *“um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações”* (OE, 2018, pp. 3479). É um elemento integrante no planeamento e na adoção de estratégias que contribuam para o desenvolvimento da organização, contribuindo, também, para o desenvolvimento profissional, pois *“é ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização”* (OE, 2018, pp. 3479). O gestor de enfermagem é entendido como um agente ativo, por produzir, de forma contínua, processos de mudança, agregando valor aos serviços ou à Organização, propõe resoluções inovadoras e identifica as *“tendências e sinais de mudança com impacto no processo assistencial e de inter-relações, através de observação e sistematização”* (OE, 2018, pp. 3483). O seu contributo, na execução desta mudança e na prestação de cuidados, é crucial, na medida em que, avalia recursos e opções para a implementação da mudança. Da mesma forma que *“identifica as características da mudança em presença, as suas forças de impulsão e de resistência”* (OE, 2018, pp. 3483). Por conhecer o ambiente externo e

interno da sua Organização o enfermeiro gestor será fundamental para identificar e envolver elementos chave no processo de mudança, neste caso na implementação do modelo de HD. Integrado no núcleo de gestão, organiza reuniões e avalia “*processos de mudança e intercâmbio de experiências*” (OE, 2018, pp. 3483).

No âmbito do domínio da consultadoria e assessoria, o EG, participa no “*desenvolvimento de políticas de saúde, envolvendo-se e interferindo diretamente em todas as fases dos processos*”, colaborando na definição das políticas e estratégias para a saúde e participando na implementação das mesmas (OE, 2018, pp. 3486).

O sucesso da implementação do modelo de HD requer análise de dados sustentados pela evidência científica e que as decisões sejam ponderadas, dado este ser, ainda, um contexto de incerteza em Portugal. Neste sentido, a integração do enfermeiro gestor no processo de implementação da HD em Portugal, um projeto recente e com escassos dados de custo-efetividade, é importante, na medida em que, toma decisões baseadas na evidência científica e “*demonstra flexibilidade e adaptação em contextos de incerteza e ambiguidade*” (OE, 2018, pp. 3483). A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio deverá ser planeada, organizada, dirigida e controlada atendendo a práticas seguras e com qualidade e, o enfermeiro gestor é o responsável por operar as condições para o exercício de melhores práticas e do custo da ausência da qualidade nos cuidados prestados, neste caso no domicílio.

A mudança do internamento hospitalar para a HD implica que sejam formadas equipas multidisciplinares e, conseqüentemente, que seja avaliada a satisfação, em particular, dos enfermeiros que serão mobilizados do contexto hospitalar para o domiciliário estando esta avaliação a cargo do enfermeiro gestor. Acrescentar o facto, que ele é responsável pela coordenação de recursos humanos (enfermeiros) e pela otimização dos meios fundamentais para a prestação de cuidados de saúde no domicílio.

O enfermeiro gestor, atendendo ao tema desta investigação e às suas competências, é entendido como um elemento integrante deste processo de mudança no serviço nacional de saúde.

2. REFERENCIAL METODOLÓGICO

A investigação científica utiliza um método racional e rigoroso, que possibilita adquirir novo conhecimento e obter respostas a questões de investigação. É um processo sistemático, que implica a recolha de dados verificáveis tendo como objetivo descrever, explicar, prever ou verificar/controlar fenómenos, factos ou acontecimentos (Fortin, 2009).

Na descrição, é determinada a natureza dos conceitos/fenómenos/populações, assim como, as suas características, permitindo ainda sugerir possíveis relações entre conceitos. Na explicação é determinada a razão de ser das relações entre os fenómenos e os conceitos. Relativamente à predição e ao controlo, na maior parte das situações, é pressuposta uma experimentação. Esta tem como objetivo avaliar qual a probabilidade de um resultado ser produzido numa investigação, geralmente, provocada (Fortin, 2009).

A área da investigação encontra-se associada a outras áreas de domínio intelectual, como a ciência, a teoria, a filosofia, o conhecimento e as operações do pensamento. Estas áreas contribuem para sustentar o processo da investigação e para o estabelecer de conexões entre os métodos, que conduzem a investigação, a concetualização e as aplicações na componente empírica (Fortin, 2009). O processo de investigação é constituído por várias etapas (tabela 1).

TABELA 1: Fases do processo de investigação e etapas

Fases	Etapas
Concetual	Escolha do tema e formulação da questão preliminar; Revisão da literatura; Formulação de quadro de referência; Elaboração de problema de questão; Definição de objetivo, formulação de questões e hipóteses
Metodológica	Definição de desenho de investigação; Determinação da população e amostra; Princípios de medida; Explicitação de método de colheita de dados e análise
Empírica	Colheita de dados; Análise de dados
Interpretação e difusão	Interpretação de resultados; Difusão de resultados

Fonte: Adaptado de Fortin, 2009

Apenas recorrendo à investigação e ao seu processo é que é possível produzir e renovar conhecimento numa disciplina (OE, 2006).

Na saúde, a prática de cuidados baseados em evidência tem vindo a registar uma maior aceitação por parte dos países ocidentais *“e a ciência da síntese da evidência está em*

constante evolução e expansão” (Pearson, Wiechula, Court, & Lockwood, 2005, pp. 208). Inicialmente, o termo utilizado para descrever uma prática clínica, com base em evidência científica, era prática da medicina baseada em evidência (MBE).

Segundo Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson (1996) a MBE consiste no uso explícito, consciente e criterioso da evidência mais atual para realizar a melhor tomada de decisão face aos cuidados a prestar aos clientes. Implica a integração do *“conhecimento clínico individual com a melhor evidência clínica externa disponível da pesquisa sistemática.”* (Sackett et al., 1996, pp. 71). Com o passar dos anos, um grupo de investigação de cuidados em saúde investigou a base da evidência, no sentido genérico, e desenvolveu *“uma estrutura conceitual para a prática baseada na evidência”*, incluindo fontes de evidências não baseadas e baseadas em investigação, colocando assim, o processo da prática baseada em evidência (PBE) num contexto mais amplo direcionado para a melhoria da saúde (Pearson et al., 2005, pp. 208).

O JBI desenvolveu um modelo de cuidados de saúde, baseado na evidência que define a PBE como processo de tomada de decisão que atende à melhor evidência, ao contexto da prestação de cuidados, à preferência do cliente e ao juízo devidamente formulado pelo profissional de saúde (Pearson et al., 2005).

A exigência pela competência e pela prestação de cuidados de alta qualidade, a custo razoável é, atualmente, uma norma em todas as instituições de saúde. É exigido que o enfermeiro seja detentor de um conjunto de habilidades, que lhe permitam tomar a melhor decisão clínica. Assim, este deverá ser capaz de refletir, de avaliar e de modificar a sua prática clínica, atendendo aos novos conhecimentos gerados pela pesquisa sistemática em enfermagem e na saúde (Polit & Beck, 2011).

Em enfermagem, a investigação é um processo científico, rigoroso e sistemático que procura fomentar o conhecimento da disciplina (com dados confiáveis) através da procura de respostas a questões ou solucionando problemas que beneficiem os clientes, as famílias, a comunidade, e a própria profissão (ao nível da administração, do ensino, da prática e da informatização). A pesquisa em enfermagem recorre a processos indutivos e dedutivos e promove um elevado contributo para a prática de cuidados (OE, 2006; Polit & Beck, 2011).

Broeiro (2015, pp.238) define que, *“prática baseada em evidência (PBE) significa integrar experiência individual com a melhor evidência externa disponível proveniente de investigação.”* Reportar a utilização da PBE à utilização clínica, significa uma prática clínica consciente e uma tomada de decisão tão ponderada e informada quanto possível, tornando-se na melhor para o cliente. Importa assumir a incerteza tal *“como os limites da evidência pela dificuldade em obter, por vezes, provas robustas”* (Broeiro, 2015, pp.239).

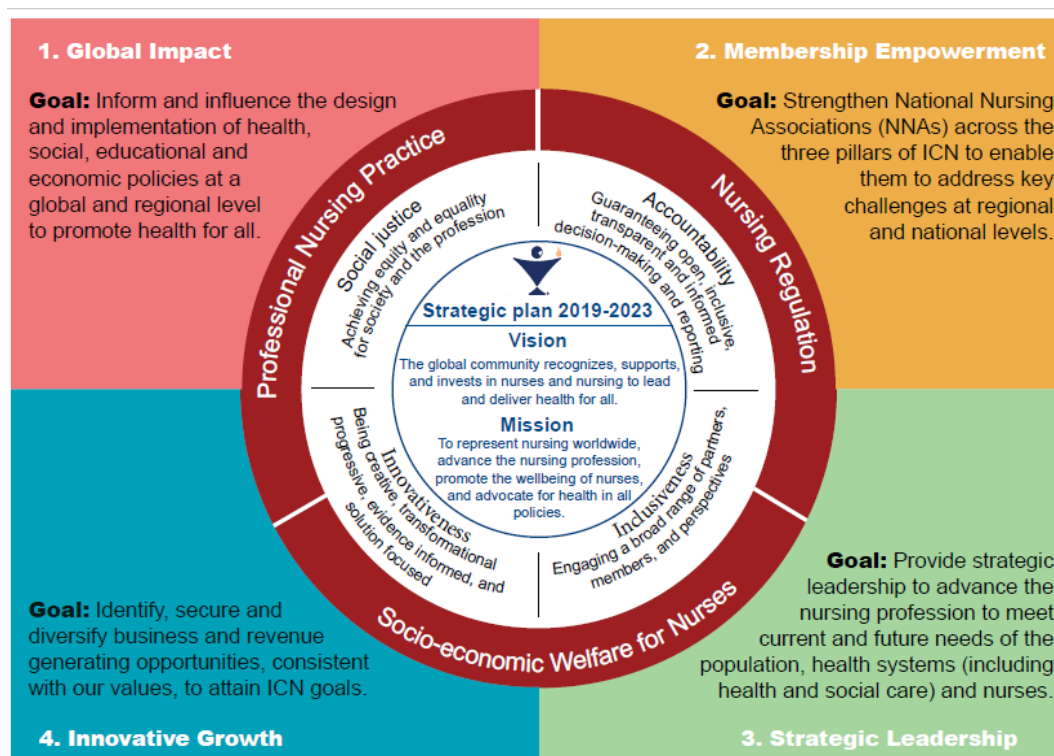
A PBE, segundo Polit & Beck (2011), tem como objetivo fornecer os dados mais relevantes e válidos do conhecimento disponível e a sua integração, juntamente com outros fatores.

Desta forma, despromovem a tomada de decisão baseada em autoridade, ritual ou costume. A PBE deve ser baseada na combinação da competência clínica com os dados da investigação, as circunstâncias do cliente e as suas preferências, atendendo aos recursos e ao *setting* clínico.

É na presença das incertezas ou falta de evidência que deverão ser procuradas respostas. A prática de uma enfermagem com base na evidência científica é concretizada, se for realizada “a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos” entre outros (OE, 2006, pp. 1).

Neste sentido, o *Internacional Council of Nursing* (ICN) delineou um plano estratégico (Fig. 3) nomeadamente com o objetivo de contribuir para a tomada de decisão informada e privilegiar a inovação com recurso a evidência científica (ICN, 2020).

FIGURA 3: Plano estratégico 2019-2023 ICN



Fonte: ICN, 2020, pp. 1

A crescente produção de artigos científicos, publicados nas mais diversas áreas, revela uma preocupação em promover o conhecimento científico. O reconhecimento pela importância da utilização do conhecimento científico, em enfermagem, advém da necessidade de uma melhoria na qualidade da prática do exercício profissional (OE, 2006). Todavia, é importante sintetizar o conhecimento produzido e é, neste contexto, que as revisões da literatura são pertinentes.

A RSL caracteriza-se por englobar um planeamento metodológico, desde a recolha até ao tratamento dos dados, do qual emerge uma resposta ao problema levantado (Rother, 2007).

Segundo Cochrane (2020), a tomada de decisão na área da saúde, baseada em evidência científica, é feita com recurso à realização de RSL de qualidade, acessíveis e relevantes.

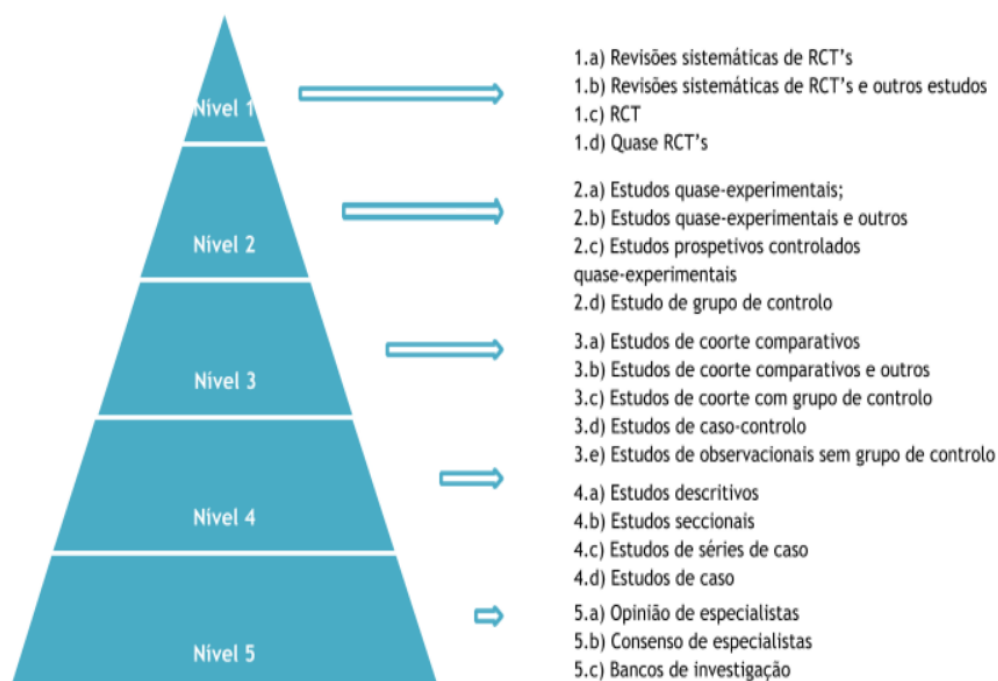
Com início na década de 70 e 80, as revisões sistemáticas da literatura, na área da saúde, permitem que o conhecimento existente acerca da questão de investigação seja compilado numa síntese e, desta forma, contribuem para que os profissionais de saúde tenham acesso a evidência científica credível, atualizada e válida para que possam realizar tomadas de decisão devidamente informados (Aromataris et al., 2017).

A RSL providencia uma síntese imparcial e abrangente de diversos estudos relevantes num documento, único, através de métodos transparentes e rigorosos (Aromataris et al., 2017). Este tipo de estudo corresponde à análise de literatura existente, com o objetivo *“de determinar a eficácia de uma determinada prática”* (Godfrey & Harrison, 2015, pp. 4).

A elaboração de uma RSL implica o trabalho de, pelo menos, dois investigadores, que de forma independente procedem à análise da qualidade metodológica dos artigos selecionados. Por a RSL primar pelo rigor metodológico, é fundamental que seja elaborado um protocolo de pesquisa (Sampaio & Mancini, 2007). Neste documento, são *“pré-definidos os objetivos e métodos da revisão sistemática que permite a transparência do processo, o que, por sua vez, permite compreender de que forma foram alcançadas as conclusões e recomendações.”* Aromataris et al., 2017).

Na avaliação da qualidade dos artigos, deverá ser tida em conta a hierarquização da evidência. Neste estudo, será utilizada, como linha orientadora os níveis de evidência para efetividade definidos pelo JBI (Fig. 4).

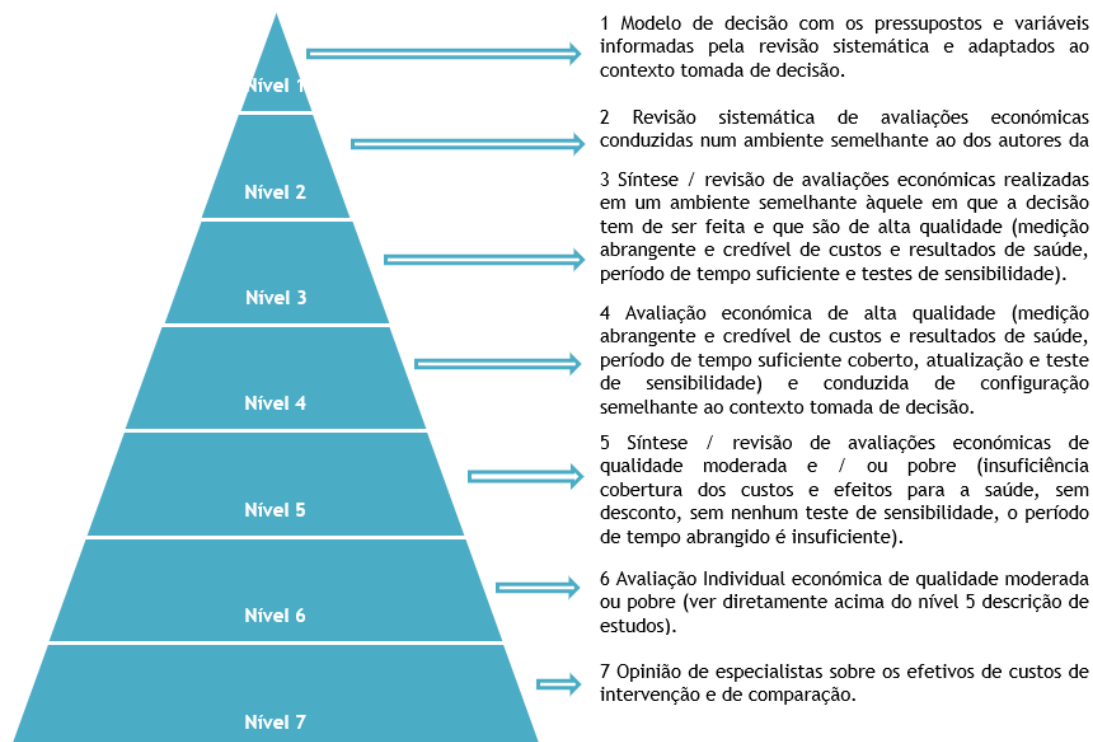
FIGURA 4: Nível de evidência para efetividade



Fonte: Adaptado JBI, 2013

Porém, serão também utilizados os níveis de evidência para análises económicas definidos pelo JBI (Fig. 5).

FIGURA 5: Nível de evidência para análises económicas



Fonte: Adaptado JBI, 2013

2.1. O modelo de cuidados em saúde do Joanna Briggs Institute uma referência metodológica

Atualmente, existem diversos institutos que contribuem para a ciência da síntese da evidência, um deles é o JBI, instituto de pesquisa, fundado por Alan Pearson, em 1996, na Austrália, com sede na Universidade de Adelaide e com cerca de 77 centros a nível internacional e em 39 países a nível mundial. A origem do nome do instituto, advém do facto de *Joanna Briggs* ter sido a primeira Patrona do Hospital *Royal Adelaide*, hospital que atribuiu uma bolsa ao instituto (JBI, 2019^b).

O objetivo do JBI, desde a sua fundação, é providenciar evidência científica válida, apropriada, atual e credível, que auxilie os profissionais de saúde nas suas tomadas de decisão, para que, os resultados em saúde, sejam os desejáveis (Pearson et al., 2005). A visão deste instituto inclui a realização de formação sobre enfermagem baseada na evidência, o estabelecimento de centros colaboradores, a elaboração de *Practice Information Sheets* para os profissionais de saúde e, por último, a formação de revisores de RSL (JBI, 2019^a).

O *Joanna Briggs Collaboration* (JBC) corresponde a grupos afiliados e centros de excelência, que tem como objetivos, contribuir para o aumento da qualidade e resultados da prática clínica mundial, através da elaboração, transferência e implementação da síntese de evidência (JBI, 2019^b).

Atualmente, o JBC tem a maior colaboração mundial para integração da evidência científica, em contexto clínico, integrando um modelo fundamentado (JBI, 2019^b).

Em 2005, o JBI publicou o primeiro modelo de cuidados de saúde baseado em evidência, tendo sido, até aos dias de hoje, referenciado em diversas fontes da literatura. O modelo original encontra-se dividido em quatro grandes componentes: síntese, transferência, utilização e produção de evidência, sendo que em cada componente, encontram-se explícitos os seus elementos cruciais. Após uma década da sua publicação, o modelo (Fig. 6) foi atualizado (Fig. 7).

FIGURA 6: Modelo de cuidados de saúde baseado em evidência do JBI 2005



Fonte: Jordan et al., 2019, pp. 59

FIGURA 7: Modelo de cuidados de saúde baseado em evidência do JBI 2015



Fonte: Jordan et al., 2019, pp. 60

O modelo define a prática baseada na evidência, como o processo de tomada de decisão clínica, que atende ao contexto da prestação de cuidados, à melhor evidência, opções de escolha dos clientes e juízo do profissional de saúde (Jordan, Lockwood, Munn, & Aromataris, 2019).

Com o novo design do modelo, é perceptível que existe um caminho bidirecional entre os componentes. Esta mudança torna-se relevante, na medida em que, quando existe evidência de alta qualidade não é necessária pesquisa adicional, permitindo assim, efetivar um trajeto direto da síntese até à informação sobre a melhor prática. No entanto, será necessária a realização de um estudo empírico, se não existir evidência de elevada qualidade. Por, em diversos contextos clínicos, ser exigida fundamentação para execução de práticas clínicas, existe a promoção, a transferência e, eventualmente, a implementação da evidência. As cores utilizadas no modelo foram alteradas com o propósito de facilitar a assimilação da informação, através da harmonização das cores atualmente utilizadas. Desta forma, é possível criar equilíbrio, ordem e uma estrutura lógica a nível visual (Jordan et al., 2019).

No modelo de cuidados do JBI, o conceito de evidência (presente no centro do modelo) é utilizado como significado de crença, confirmação ou comprovação necessária na veracidade de algo. Na saúde, os profissionais procuram fundamentação para suportarem as suas práticas clínicas (Pearson et al., 2005). Uma RSL, elaborada neste contexto e sustentada pela devida evidência, de forma a obter respostas para melhorar a prática dos profissionais, deverá demonstrar o cumprimento dos parâmetros do instrumento *Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness, Effectiveness* [FAME]. O instrumento FAME abarca os

termos viabilidade (de que forma a intervenção é viável num contexto ou numa situação- abordando o custo-efetividade), adequação (de que forma a intervenção se adequa a uma situação ou contexto), significativa (significado atribuído por quem realiza a intervenção) e eficácia (de que forma a intervenção atinge o resultado), segundo Jordan et al. (2019).

De forma sucinta, o alcançar de uma saúde global (Global Health), atualmente, é descrito como a investigação e a ação transnacional e colaborativa, que preza por uma melhoria da saúde mundial e a obtenção de equidade nos cuidados em saúde para a população a nível mundial. A geração de evidência (Evidence generation) reconhece como meios válidos para produção de evidência, as narrativas, experiência, os resultados de estudos com variada qualidade metodológica, opinião pessoal, entre outros. A síntese da evidência (Evidence synthesis) é definida como a análise ou a avaliação da evidência sobre um tema específico que auxilie os profissionais de saúde interessados a realizarem uma tomada de decisão. Nesta atualização do modelo, os autores alertam para facto de que, nesta componente, o parâmetro “agrupamento” encontra-se ausente. A transferência de evidência (Evidence transfer) baseia-se, atualmente, na transmissão da evidência por meios educacionais, disseminação ativa e integração clínica. A transferência da evidência (Evidence Transfer), presente em RSL, não deverá ser realizada de forma passiva. Com o novo contexto deste conceito, pretende-se que seja um processo cooperativo e participativo de forma a promover o acesso em diferentes locais à evidência. A transferência de evidência é entendida como um fator que apoia e facilita a implementação de evidência científica no local de trabalho. A implementação da evidência (Evidence Implementation) baseia-se num conjunto de atividades, que pretendem cativar a atenção dos interessados na tomada de decisão consciencializada e com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Jordan et al., 2019).

Em suma, com a reformulação de alguns parâmetros do modelo de cuidados em saúde do JBI mantém-se o objetivo de promover e incentivar a utilização da evidência científica através de RSL, por exemplo, como base para fundamentação de tomadas de decisão por parte dos profissionais de saúde.

3. ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo, será abordada a metodologia utilizada neste estudo, nomeadamente, o desenho do estudo, os seus objetivos e o protocolo da RSL.

3.1. Tipo de estudo

A presente investigação consiste na realização de uma RSL com abordagem qualitativa e quantitativa, um tipo de estudo secundário. Uma investigação desenvolvida pelo desenho de estudo de RSL permite que o conhecimento existente acerca da questão de investigação seja compilado numa síntese (Jordan et al., 2019). Desta forma, os investigadores que recorrem à RSL procuram identificar e selecionar, avaliar e sintetizar toda a evidência de elevada qualidade e que é relevante para o estudo (Bettany-Saltikov (2012).

A revisão “Hospitalização Domiciliária *versus* Hospitalização Clássica, o modelo custo-efetivo” será realizada com o propósito de obter uma síntese de avaliação económica. De acordo com Aromataris et al. (2017), existem vários tipos de revisões sistemáticas, nomeadamente: revisão sistemática de efetividade; revisão sistemática de texto e opinião; revisão sistemática de prevalência e incidência, *scoping reviews*, revisão sistemática de custos de uma intervenção, procedimento ou processo, entre outros.

Como orientação metodológica será utilizado o modelo do *JBI*.

3.2. Finalidade e objetivos do estudo

Determinado o problema que se pretende estudar, é necessário definir o objetivo do estudo de forma clara, precisa e concreta. É a partir do objetivo que são formuladas as questões

de investigação. Este precisa a direção da investigação. Através da sua definição, são compreendidos os conceitos a estudar, a população alvo e o conhecimento que se pretende obter (Fortin, 2009).

A finalidade desta RSL é:

- Contribuir para a discussão sobre o impacto económico da hospitalização domiciliária e para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

Os objetivos do presente estudo são:

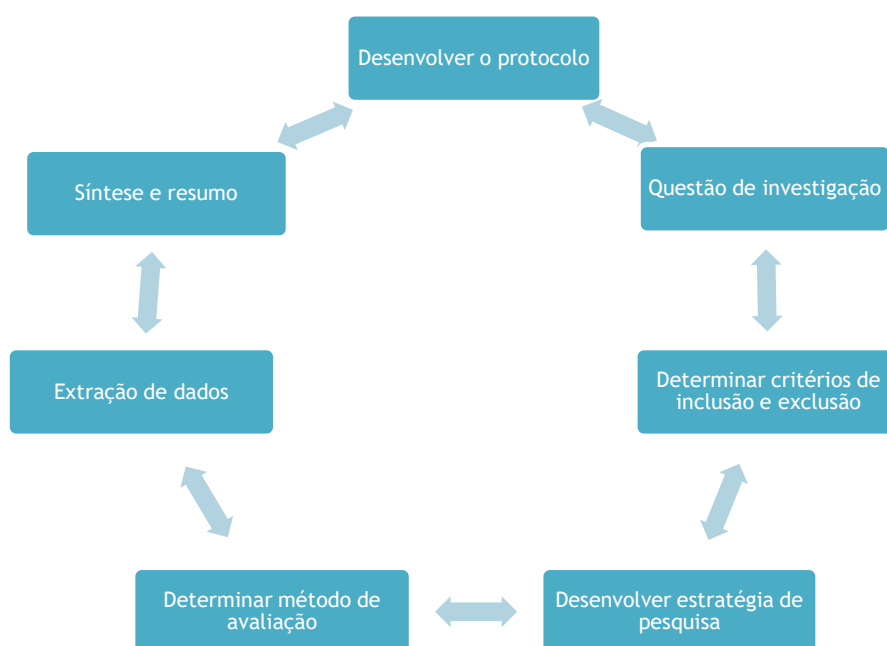
- Identificar a melhor evidência disponível sobre o custo e a efetividade da HD *versus* a HC, em todas as perspetivas;
- Sintetizar a melhor evidência disponível sobre o custo e a efetividade da HD *versus* a HC;
- Identificar qual o modelo de implementação com uma melhor relação custo-efetividade.

3.3. Etapas da RSL

A RSL permite compilar, em síntese, a evidência atual, credível e relevante, face a um diagnóstico, intervenção, fator prognóstico ou outro assunto associado a cuidados em saúde (Lasserson, Thomas, & Higgins, 2019).

O rigor da elaboração deste estudo requer o cumprimento das etapas preconizadas pelo JBI, representadas na Fig. 8.

FIGURA 8: Etapas de RSL de avaliação económica



Fonte: Adaptado de Gomersall et al., 2014 e Godfrey & Harrison, 2015

3.3.1. Protocolo do estudo

O desenvolvimento de uma RSL preconiza a elaboração de um protocolo (Aromataris et al., 2017).

O protocolo possibilita transparecer o processo investigativo, permitindo, ao leitor, compreender de que forma foram alcançadas as recomendações e as conclusões da RSL (JBI, 2011). Este processo deverá ser realizado com detalhe e rigor, em todas as etapas, dada a contribuição da RSL para a PBE (Pereira & Bachion, 2006).

Segundo Lasserson et al. (2019), não existe um modelo único e constante para elaboração de protocolos que os investigadores devam cumprir. O protocolo elaborado, em cada estudo, não está isento de possíveis alterações. No entanto, estas não deverão ser realizadas com base nos resultados obtidos (Lasserson et al., 2019).

O protocolo apresenta a proposta ou plano de realização da RSL, sendo desta forma, importante para diminuir o viés, minorar a possível duplicação, possibilitar que haja

transparência de processos e métodos, assim como, visibilizar o planeamento da logística e dos recursos e a revisão dos métodos determinados pelos investigadores (JBI, 2011; Lasserson et al., 2019). A explicação dos detalhes da investigação no protocolo promove a definição de prioridades na RSL.

A sua estrutura deverá incluir o enquadramento; os objetivos; a pergunta de investigação; o método utilizado, desde critérios de inclusão e exclusão para seleção de estudos, identificação dos estudos, recolha e análise dos dados (Cumpston & Chandler, 2019).

As divergências entre o preconizado no protocolo e o processo investigativo devem ser discutidas na RSL (JBI, 2011).

3.3.2. Questão de investigação

Com a determinação do tema do estudo, a etapa seguinte é a elaboração da questão de investigação. A questão de investigação de acordo com JBI (2011) encontra-se refletida nos objetivos e no título da RSL. A questão direciona o rumo do estudo e deve determinar o método utilizado no estudo e não o contrário (Lasserson et al., 2019). Esta deverá ser escrita no presente, ser concisa e incluir os conceitos ou palavras-chave do estudo, assim como, a população-alvo (Fortin, 2009).

Existem diversas mnemónicas que servem de guias para a formulação da pergunta de investigação. A mais usual em revisões quantitativas é a PICO e, nas revisões qualitativas a PICo. As letras que constituem o primeiro acrónimo, resultam das palavras: população, intervenção, comparação e resultado esperado; no segundo o P resulta, também, de população, o I, de interesse e o C de contexto, sendo aqui ocultado o resultado esperado (JBI, 2011).

A questão de investigação pode, portanto, ser apresentada de diversas formas: poderá ser baseada na comparação entre um tratamento e outro; poderá ser a comparação de diferentes tratamentos, como parte de uma meta-análise ou ser a avaliação de diferentes efeitos de uma intervenção em diferentes populações; ou, ainda, ser planeada de outra forma (Lasserson et al., 2019).

No presente estudo, e atendendo ao seu objetivo, a pergunta definida será elaborada com base na mnemónica PICO, cujos quatro componentes permitem clarificar conceções determinantes na investigação e contribuem para a determinação dos critérios de inclusão e exclusão. Este acrónimo auxilia o investigador a focar-se na temática da revisão, bem

como, na colheita dos dados e na pesquisa bibliográfica que a antecede. O nível de especificidade de cada componente pode variar, conforme o seu contributo investigativo (JBI, 2011).

A população, segundo JBI (2011), pode ser o principal foco dos investigadores e, nesta componente, a descrição do sexo, faixa etária ou consumo de substâncias poderão ser, por exemplo, formas de especificar a população do estudo, contribuindo para uma pesquisa mais direcionada. Em relação às intervenções, estas devem ser claras e transparentes. No que concerne à componente comparativa, a intervenção principal do estudo pode ser comparada com tratamentos alternativos ou placebos. Por último, os resultados devem ser mensuráveis e nomeados conforme a relevância para o problema e questão de investigação. Os resultados permitem não só a sua generalização, mas também a interpretação da validade (JBI, 2011).

Para elaboração da questão da RSL, é necessário definir as palavras-chave do estudo. A determinação das palavras-chave é realizada com recurso aos termos descritores do *Medical Subject Headings* (MeSH) e dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

O MeSH corresponde ao vocabulário controlado e hierarquicamente organizado. Permite a catalogação, indexação e pesquisa de informação biomédica e de saúde (U.S. National Library of Medicine, 2019). O DeCS, criado a partir do MeSH, corresponde a um vocabulário multilíngue e estruturado, com códigos hierárquicos e com linguagem singular na indexação de livros, artigos, relatórios técnicos, entre outros (DeCS, 2019).

Atendendo ao exposto, no presente estudo foram definidas como palavras-chave “*hospitalização domiciliária*”, “*hospitalização clássica*” e “*custo-efetividade*”.

Entende-se que “*hospitalização domiciliária*” é uma alternativa ao internamento convencional, em que os cuidados são prestados no domicílio do cliente por uma equipa multidisciplinar (DGS, 2018).

A definição de “*hospitalização clássica*” assenta no cliente que requer cuidados de saúde, em contexto de internamento hospitalar, por um período superior a 24 horas, para diagnóstico médico ou intervenções (Portaria nº 207/17 de 11 de julho).

O conceito “*custo-efetividade*” significa que neste tipo de avaliação económica é realizada uma confrontação entre os custos e os desfechos clínicos. O propósito da análise do custo-efetividade é avaliar as possibilidades existentes de intervenção na área da saúde e os seus efeitos, com o menor custo associado (Secoli et al. 2010).

A questão PICO (tabela 2) formulada para o presente estudo foi: “*Qual o modelo de hospitalização com melhor relação custo-efetividade?*”.

TABELA 2: Questão PICO

P (População)	I (Intervenção)	C (Comparação)	O (Resultados)
Clientes em regime de hospitalização	Hospitalização domiciliária	Hospitalização clássica	Custo-efetividade

3.3.3. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão (ou de elegibilidade) e exclusão são partes integrantes da elaboração do protocolo da RSL e permitem delimitar as características da população que se pretende estudar (Polit & Beck, 2011). Devem corresponder à questão de investigação e ainda ser identificáveis. Por estarem associados à questão de investigação, é necessário que os componentes desta sejam devidamente definidos e explícitos (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell, & Hopp, 2017). Desta forma, a população, a intervenção e a comparação espelhadas na questão de investigação, juntamente com o tipo de estudos incluídos na investigação, são a base dos critérios de inclusão. Os resultados (também incluídos na questão de investigação) não devem ser tidos em conta nesta fase do processo. Tal afirmação, advém do facto da inclusão de estudos na investigação, independentemente, do resultado expresso. No entanto, estudos podem ser excluídos se os seus resultados não forem concretos ou não apresentarem relevância (McKenzie et al., 2019).

Os critérios de elegibilidade relativamente à população, devem ser o mais amplos possível, para ser conseguida uma maior diversidade de estudos e diferentes cenários em que seja implementada a intervenção, em estudo, e, simultaneamente, atender também, a um estreitamento de inclusão, para que seja garantida uma resposta significativa. Por sua vez, os critérios de inclusão da intervenção podem ser mais fáceis de definir ou não, conforme a complexidade dos mesmos. A definição dos critérios de inclusão da comparação de intervenções é fundamental, para que, posteriormente, seja realizada uma síntese dos dados obtidos (McKenzie et al., 2019). O critério de elegibilidade dos resultados, e atendendo ao que foi anteriormente referido, será um critério para inclusão de estudos na presente RSL, tendo em conta a questão de investigação formulada e o objetivo do estudo.

Os critérios de elegibilidade, devem ser explícitos, sustentados na evidência científica, justificados pelos investigadores e não serem ambíguos. No processo de recolha de estudos, os investigadores devem atender sempre aos critérios de inclusão e exclusão, afim de determinarem, criteriosamente, os que integrarão a amostra da RSL (Tufanaru et al., 2017).

No entanto, não é necessário definir critérios de exclusão dado *“estar implícito que os critérios de exclusão são o oposto dos critérios de inclusão”* (Tufanaru et al., 2017). Não

obstante, no caso de uma RSL os critérios de inclusão não devem estar isolados, pelo que, neste estudo, serão incluídos critérios de exclusão (tabela 3), com o objetivo de diminuir a possibilidade de duplo significado (Tufanaru et al., 2017). Existem dois tipos de critérios de inclusão: baseados nas características da publicação e nas características do estudo. O primeiro tipo de critério de inclusão associa-se à data de publicação e ao(s) idioma(s) escolhido(s). O segundo baseia-se no tipo do estudo selecionado, no tipo de população, intervenção, comparação e resultados dos estudos. Os critérios de inclusão devem estar detalhados quanto às definições conceituais e operacionais, permitindo que os investigadores tomem decisões conscientes e adequadas face à inclusão de artigos no estudo (Tufanaru et al., 2017).

TABELA 3: Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão			Critérios de exclusão	
Idioma	Estudos publicados em português, inglês e espanhol	A determinação destes idiomas remete-se ao facto de o português ser a língua materna da investigadora principal e o inglês e espanhol serem idiomas compreendidos com bom domínio. Bettany-Saltikov (2012) menciona que o viés presente no idioma dos estudos aponta que estudos em inglês têm mais resultados positivos	Restantes idiomas	
Tipos de estudos	Estudos primários incluindo ensaios clínicos aleatórios (ECA), estudos experimentais, estudos de coorte, estudo de caso-controlo, estudos quase-experimentais e estudos descritivos, reconhecendo a maior evidência de acordo com a hierarquia	A RSL é um estudo secundário que analisa estudos primários (Sampaio & Mancini, 2007). Os mesmos autores referem que os ECA e os estudos experimentais são os mais adequados para prover evidência. No entanto, existem outros tipos de estudos com força de evidência também elevada, mas deverá ser respeitada a priorização do tipo de estudos de acordo com a hierarquia do nível de evidência (JBI, 2011)	Estudos secundários, artigos de opinião, cartas de leitores e comentários	Artigos não publicados em bases de dados científicas não devem ser utilizados (JBI, 2017)
População	Clientes em hospitalização domiciliária de idade pediátrica e/ou idade adulta e/ou idosa	A faixa etária dos clientes não é critério de exclusão nos modelos de HD internacionais (Farfan-Portet et al., 2015)		
Período de inclusão	Estudos publicados entre 2010 e 2019	O período temporal de inclusão alargado baseou-se no facto de não existirem RSL sobre esta temática	Estudos não publicados entre 2010 e 2019	

Tipo de intervenção	Estudos que avaliam o custo-efetividade do modelo de hospitalização domiciliária		Estudos que não investiguem a análise custo-efetividade do modelo de hospitalização domiciliária	
Tipo de comparação	Estudos que comparem o custo-efetividade do modelo de hospitalização domiciliária e hospitalização clássica		Estudos que não permitam realizar uma comparação entre os modelos de hospitalização	
Tipo de resultado	Estudos com análise de custo-efetividade		Estudos que não apresentem resultados de análise custo-efetividade	

3.3.4. Localização e seleção de estudos

Na realização de uma RSL, é crucial que sejam incluídos todos os estudos (ou o máximo de estudos possíveis) que respondam à questão de investigação. Para que tal seja alcançado, é necessário executar uma pesquisa o mais alargada possível nas bases de dados, revistas, editoriais, entre outros. Um dos pontos importantes na inclusão dos estudos é que seja diminuído ao máximo o viés (Bettany-Saltikov, 2012).

Bettany-Saltikov (2012, pp.66) observa que *“o principal objetivo é gerar uma lista abrangente de estudos primários, publicados e não publicados, que sustentem a resposta à questão de investigação proposta.”*. O motivo da inclusão de estudos não publicados fundamenta-se no período de espera até à publicação dos mesmos, aliado ao facto de nem todos os estudos serem indexados a bases de dados sendo de difícil acesso. O mesmo autor refere que a validade do estudo se associa à identificação de artigos que são relevantes e à pesquisa detalhada, pois estudos com boa qualidade metodológica contribuem para o sucesso das conclusões da RSL (Bettany-Saltikov, 2012).

O processo de seleção, realizado de forma cega e independente pelos investigadores, requer uma descrição da metodologia para que o processo seja transparente e as etapas possam ser replicadas (Sampaio & Mancini, 2007; Bettany-Saltikov, 2012). Assim, como já referido anteriormente, é fundamental que o processo de seleção de estudos contribua para a

diminuição do viés, devendo ser objetivo, explícito e minimizar os erros (Centre for Reviews and Dissemination [CRD], 2009). Existem duas fases neste processo.

A primeira, corresponde à filtragem dos resumos e dos títulos dos estudos que foram identificados na pesquisa, bem como, à seleção dos que correspondem aos critérios de inclusão e de exclusão, excluindo, os que não cumprem os critérios pré-definidos. Os excluídos podem ser categorizados de duas formas: uma categoria é direcionada para estudos considerados irrelevantes, mas sem justificação. A segunda justifica o motivo da exclusão, contribuindo, dessa forma, para a transparência do processo.

A segunda fase implica a leitura, na íntegra, dos estudos selecionados por cumprirem os critérios de inclusão ou por o resumo e o título não permitirem a exclusão direta. Esta última afirmação advém do facto de algumas decisões poderem ser consideradas subjetivas, mesmo com os critérios de inclusão devidamente explícitos, surgindo, assim, a necessidade da familiarização dos investigadores com as definições e os tópicos (CRD, 2009; Bettany-Saltikov, 2012). A importância de a seleção ser executada por, pelos menos, dois investigadores, é sustentada pelo aumento da confiabilidade do processo e pelo facto que, *“apenas um investigador perde 8% dos estudos elegíveis”* (CRD, 2009, pp. 24), enquanto, a investigação por pares identifica todos esses. O desacordo acerca da inclusão de estudos deve ser documentado, discutido e, se necessário, deverá recorrer-se a um terceiro revisor (CRD, 2009).

Anteriormente à seleção dos estudos é realizada uma fase piloto, que consiste em esclarecer, e se necessário, redefinir os critérios de inclusão, de forma a assegurar que estes possam ser aplicados pelos investigadores de forma constante e independente. Esta fase primária poderá ainda estimar o tempo necessário para realização da seleção completa dos estudos (CRD, 2009).

De acordo com a literatura, o juízo sobre a inclusão de um estudo poderá ser afetado, quando existe conhecimento de alguma informação que o identifique, relativamente, à instituição, aos autores, ao ano de publicação, ao título, assim como, aos resultados e às conclusões (CRD, 2009). Uma das medidas que poderá ser aplicada para que seja diminuída a possibilidade de elaboração destes juízos é através de uma investigação cega, na qual, os investigadores retiram qualquer tipo de informação que possa influenciar a sua inclusão. No entanto, este procedimento requer tempo e, tal como descrito por CRD (2009), apresenta um valor limitado, pelo que, é aceitável que não seja realizada uma seleção cega, se esta for executada por dois investigadores de forma independente CRD (2009).

A inclusão de um estudo, por vezes, pode ser questionada, se o investigador considerar que existe falta de informação para sustentar a sua decisão (CRD, 2009). Nesta situação, e atendendo ao tempo disponibilizado pelo investigador, este poderá entrar em contacto com o autor do estudo. No entanto, não é garantida uma resposta por parte deste, especialmente se o estudo já for antigo. Se o investigador optar por não incluir o estudo, este poderá ser

classificado como um estudo com potencial relevância; se for incluído na investigação “a sua influência nos resultados da revisão pode ser verificada na análise de sensibilidade” (CRD, 2009, pp. 24).

A verificação da existência de estudos duplicados, após obtenção do resultado da pesquisa, assegura que esses não sejam analisados individualmente. A identificação de estudos duplicados é complexa, na medida em que, as referências destes não são cruzadas entre si. Os estudos duplicados, por risco de discrepância, implicam que seja realizada a sua comparação e, caso exista disparidade, o investigador deve contactar o autor do estudo. A identificação de estudos publicados não pode ser somente baseada no tamanho da amostra nem no autor. O mesmo estudo pode apresentar diferentes relatórios com amostras semelhantes ou resultados diferentes ou resultados iguais com uma amostra maior. A existência de um estudo com diferentes relatórios poderá originar resultados enviesados. Assim, quando identificados, os relatórios devem ser analisados como um estudo, mas todos devem ser referenciados. Os autores do estudo devem optar pelo relatório a analisar e justificar a escolha, principalmente se os relatórios apresentarem resultados contraditórios (CRD, 2009; Lefebvre et al., 2019).

No presente trabalho foi utilizado o software *EndNote* como recurso para armazenar, organizar e exibir os registos realizados face a cada artigo seleccionado.

Ao delinear a estratégia de pesquisa, é necessário que sejam definidas as palavras-chave (tabela 4) e a sua tradução para que a pesquisa seja amplificada.

TABELA 4: Palavras-chave

Descritor Português	Descritor Espanhol	Descritor Inglês
Hospitalização domiciliária	<i>Servicios de Atención de Salud a Domicilio</i>	<i>Hospital at home</i> OR <i>Home care services, hospital-based</i>
Hospitalização clássica	<i>Hospitalización</i>	<i>Hospitalization</i> OR <i>Length of stay</i>
Custo-efetividade	<i>Costo-efectividad</i>	<i>Cost-effectivity analysis</i>

Posteriormente, é necessário determinar os termos MeSH, DeCS e os *headings* (tabela 5), atendendo às palavras-chave. Podem ainda ser utilizados termos livres, que “asseguram que a pesquisa é abrangente” (Lahlafi, 2007, pp. 568). Estes são necessários, quando não existem indexados como palavras-chave nas bases de dados eletrónicas (Lahlafi, 2007).

Os termos permitem ao investigador incluir estudos que podem utilizar sinónimos diferentes para o mesmo conceito. A pesquisa dos descritores deve ser realizada em cada base de dados, porque cada uma indexa os estudos conforme o seu “repertório alfabético de termos

normalizados (palavras-chave) para a análise do conteúdo e a classificação dos documentos de informação.” - *thesaurus* (Fortin, 2009, pp. 97). Os agregadores booleanos são fundamentais para investigações complexas, permitem juntar os descritores através do operador “AND”, “OR” e “NOT” e assim, expandir a pesquisa (Fortin, 2009). O agregador “AND” permite que a pesquisa seja precisa e limitada; o “NOT” permite que sejam excluídos termos da pesquisa; o agregador booleano “OR” amplifica a pesquisa (Fortin, 2009; CRD, 2009).

TABELA 5: Termos MeSH, DeCS e headings

	Termo MeSH	Termo DeCS	Headings (CINAHL)
Participantes Clientes em regime de hospitalização	<i>Patients</i>	Patients OR Pacientes OR Pacientes	<i>Patients</i>
Intervenção Hospitalização Domiciliária	<i>Home Care Services, Hospital-Based</i>	<i>Home Care Services</i>	_____
Comparação Hospitalização clássica	<i>Hospitalization</i> OR <i>Length of stay</i>	Hospitalization OR Hospitalización OR Hospitalização	<i>Hospitalization</i>
Resultado Custo-efetividade	<i>Costs and cost analysis</i> OR <i>Economic Evaluation</i>	<i>Costs and cost analysis</i> OR <i>Costos y análisis de costo</i> OR Custos e Análise de Custo	<i>Cost effectiveness analysis</i> OR <i>Costs and Cost Analysis</i>

Previamente à pesquisa nas bases de dados, etapa que permite a localização e seleção de estudos, é necessário que o investigador se familiarize com os softwares de pesquisa. Esta necessidade advém de cada software ter, caracteristicamente, uma expansão ou restrição de pesquisa únicos, assim como, no armazenamento de dados, na combinação de resultados, entre outros (Polit & Beck, 2011).

Existem diversas bases de dados, desde as de evidência primária às de evidência secundária. Todavia, não existe somente uma base de dados com todos os conteúdos indexados, pelo que, é necessário alargar a pesquisa a diversas bases de dados (Roque, Bugalho, & Carneiro, 2007).

Nesta RSL, de avaliação económica, as bases de dados e o motor de busca utilizados foram selecionadas conforme o preconizado no Manual de 2014 do JBI. Assim sendo, recorreu-se à CINAHL® (EBSCO HOST® via ESEP), *Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)*® (EBSCO HOST® via ESEP) e a PubMed®, que integra a base de dados MEDLINE®, a NHS Economic Evaluation Database e a *Cost effectiveness analysis registry* (incluídas nas

sugestões do JBI). Para cada base de dados foi construída uma frase booleana com os termos indexados específicos para cada e respetivos limitadores (tabela 6).

TABELA 6: Descrição das bases de dados, frase booleana e filtros

Bases de dados/ Motor de busca	Frase booleana	Limitadores	Total de estudos
PubMed® Motor de busca que integra milhões de citações de livros online, revistas científicas e literatura biomédica presente na <i>MEDLINE (National Center for Biotechnology Information [NCBI], 2019)</i> . Desenvolvido e suportado pelo NCBI localizado no <i>National Institutes of Health</i> , neste motor de busca a indexação é através de <i>thesaurus</i> , os termos MeSH (Fortin, 2009).	TITLE-ABS-KEY (((“hospital at home” OR “home care service*, hospital-based” OR “home care services”) AND (“hospitalization” OR “length of stay”) AND (“cost analys*” OR “cost effectiv” OR “economic evaluation”)))	Limitadores: Texto completo Data da publicação: janeiro de 2010 e dezembro 2019 Expansores: Pesquisar no texto dos estudos Modo de pesquisa: Frase booleana	55
CINAHL® <i>A Cumulative Index to Nursing and Allied HEalth</i> permite a indexação virtual de publicações da área de enfermagem, em inglês (Roque et al., 2007). Esta base de dados utiliza para indexação o <i>CINAHL Subject Headings</i> (um <i>thesaurus</i>) (Fortin, 2009).	TITLE-ABS-KEY (((“home care services, hospital-based” OR “Hospital at home” OR “home care services”) AND (“hospitalization”) AND (“Cost effectiveness analys*” OR “Costs and Cost Analy*”)))	Limitadores: Texto completo Data da publicação: janeiro de 2010 e dezembro 2019 Expansores: Pesquisar no texto dos estudos Modo de pesquisa: Frase booleana	127
Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)® Apresenta uma vasta concentração de estudos controlados randomizados e quase randomizados. Esta base de dados adiciona à informação bibliográfica o resumo do estudo. Os estudos indexados são de fontes não publicadas como de fontes publicadas (Cochrane, 2020).	TITLE-ABS-KEY (((“hospital at home” OR “home care service*, hospital-based” OR “home care services”) AND (“hospitalization” OR “length of stay”) AND (“cost analys*” OR “cost effectiv” OR “economic evaluation”)))	Limitadores: Texto completo Data da publicação: janeiro de 2010 e dezembro 2019 Expansores: Pesquisar no texto dos estudos Modo de pesquisa: Frase booleana	22

Numa fase inicial, foram identificados 204 estudos. Seguidamente, e com a remoção de 26 estudos duplicados, totalizámos 178 estudos para triagem.

3.3.4.1. Método de seleção inicial dos estudos

Seguidamente à identificação de estudos, foi necessário determinar os que permitiam dar resposta à questão de investigação da presente RSL. Para tal, foi necessário aplicar um Teste de Relevância I (Anexo I) e posteriormente um Teste de Relevância II (Anexo II). Este teste tem como objetivo ajustar a seleção inicial dos estudos. O primeiro teste poderá ser realizado apenas por um investigador, dado que, somente são excluídas referências com fortes motivos de não integração (Pereira & Bachion, 2006).

O Teste de Relevância I ou Teste de Relevância Preliminar deve ser elaborado com base num conjunto de questões claras acerca do estudo e a resposta deverá ser negativa ou positiva, ou seja, “SIM” ou “NÃO”, devendo os que obtiverem o “NÃO” como resposta ser excluídos (Pereira & Bachion, 2006). Este primeiro teste de relevância inclui as questões: integra o critério do período temporal de inclusão, o idioma do estudo está incluído nos critérios dos investigadores, entre outras (Pereira & Bachion, 2006).

De seguida, são avaliados os resumos e as referências dos estudos que foram incluídos na amostra. Desta forma, é iniciado o Teste de Relevância II, que segue as mesmas orientações do anterior e no qual é determinado que referências são ou não incluídas. As questões formuladas são dirigidas para compreender se o estudo envolve humanos e se está direcionado para o problema da investigação (Pereira & Bachion, 2006). Este teste deve ser realizado por dois investigadores, de forma independente, e, em caso de discórdia, deverá ser consultado um terceiro (Muñoz, Takayanagui, Santos, & Sanchez-Swatman, 2002).

Concluída a seleção inicial de estudos, os selecionados devem ser analisados, na íntegra, verificando se o tema do estudo corresponde ao que se pretende estudar; se os objetivos são congruentes com o problema em estudo; se apresenta a metodologia descrita e se esta está adequada aos objetivos, avaliação dos resultados e aplicabilidade (Pereira & Bachion, 2006).

Terminada a avaliação dos resultados (com recurso a um quadro síntese) e a discussão dos mesmos, é tomada a decisão sobre a escolha dos artigos e é realizada a avaliação da sua qualidade metodológica.

De ressaltar que na presente RSL, como recomendado, anteriormente à aplicação dos testes de relevância, foi realizado um pré-teste, para possibilitar ao investigador a deteção e correção de erros nos instrumentos (Fortin, 2009).

Após a definição do processo de seleção, dois investigadores, de forma independente, procederam à seleção dos estudos. Os resultados do Teste de Relevância I estão presentes no Anexo I.

No Teste de Relevância I, a semelhança do resumo entre dois estudos (com título diferente) conduziu à leitura completa dos estudos, tendo possibilitado, dessa forma, concluir que o estudo era o mesmo. Cinco estudos (Estudo 1, Estudo 34, Estudo 48, Estudo 56, Estudo 155),

requereram uma leitura na íntegra por não ser suficientemente esclarecedor o critério de inclusão ou exclusão, a leitura do título e o resumo.

Com a aplicação do Teste de Relevância I, foram selecionados para leitura integral 12 estudos. De seguida, foi realizado o Teste de Relevância II (Anexo II). Após a sua aplicação, foram selecionados seis estudos para discussão, tendo sido submetidos a um teste de avaliação de qualidade metodológica, conforme a metodologia utilizada em cada estudo.

Os estudos selecionados para o Teste de Relevância II estavam todos em formato *Full Text*, permitindo assim, cumprir um dos parâmetros necessários para o cumprimento da rigorosidade. No entanto, dois dos estudos (Estudo 4, Estudo 15) triados no Teste de Relevância I não tinham disponibilizado o formato *Full Text*, tendo sido requisitado o mesmo, via eletrónica, aos autores. Posteriormente, veio a verificar-se que o título e o resumo desses estudos não eram congruentes com o objeto de investigação.

De forma a finalizar esta etapa e tornar a pesquisa mais abrangente, foi analisada a bibliografia dos estudos selecionados com o Teste de Relevância II, não tendo sido incluído na RSL mais nenhum estudo (Berwanger, Suzumura, Buehler, & Oliveira, 2007; Bettany-Saltikov, 2012).

3.3.5. Avaliação crítica dos estudos

Os estudos primários incluídos na RSL vão determinar a qualidade das conclusões e a qualidade da evidência (Bettany-Saltikov, 2012). Por este facto, os investigadores devem avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados, afim de garantirem a melhor classificação de grau de recomendação e de nível de evidência do problema em estudo (Pereira & Bachion, 2006). O grau de recomendação obedece a uma hierarquia e provém das conclusões dos estudos. Relativamente à classificação do nível de evidência, esta está *“condicionada pela fonte de onde provêm, delineamentos dos estudos que lhes dão origem, intensidade dos efeitos observados e possibilidade de ocorrência de erros aleatórios.”* (Pereira & Bachion, 2006, pp. 494).

A avaliação da qualidade metodológica é realizada com recurso a diversas ferramentas de apoio, neste estudo foram utilizadas as ferramentas do JBI.

A avaliação da qualidade metodológica de estudos quantitativos implica a determinação da relevância da questão de investigação, a avaliação da reprodutibilidade dos resultados dos estudos (validade externa) e de que forma o desenho do estudo, assim como, a análise, a condução e a apresentação do mesmo contribuíram para a diminuição do viés (validade

interna). Para completar esta avaliação metodológica, é ainda necessário realizar uma apreciação da análise dos dados recolhidos e avaliar a componente ética dos estudos (Bettany-Saltikov, 2012).

Em relação à avaliação metodológica dos estudos qualitativos, esta não se baseia na confiabilidade nem na validade do estudo, mas na fidedignidade do mesmo e na sua autenticidade (Bettany-Saltikov, 2012).

Na tabela 7 apresenta-se o Nível de Evidência e o Score da Avaliação da Qualidade Metodológica dos estudos incluídos na RSL, segundo os critérios da JBI. As tabelas com a avaliação da qualidade metodológica encontram-se no Anexo III.

Os estudos triados no Teste de Relevância II foram submetidos à classificação do nível de evidência e à sua qualidade metodológica recorrendo ao “*Critical Appraisal Checklist Tools*” da JBI (2017) e “*Levels of Evidence*” da JBI (2013).

Previamente à obtenção dos resultados da avaliação da qualidade metodológica, foi determinado, entre os investigadores, que os estudos a serem incluídos para a apreciação crítica deveriam ter qualidade igual ou superior a moderada.

TABELA 7: Nível de evidência JBI e Score da Avaliação da Qualidade Metodológica JBI

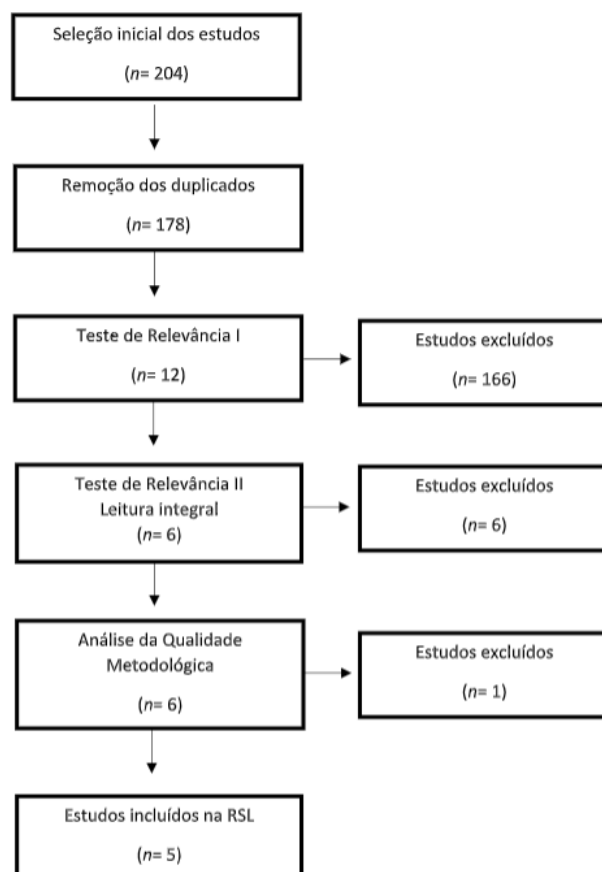
Estudo	Título	Ano	Nível de Evidência JBI	Score de Avaliação da Qualidade Metodológica
1	<i>Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation</i>	2018	I	Score 10/ QME
27	<i>Cost-effectiveness of home-based vs in-hospital treatment of paediatric tuberculous meningitis</i>	2018	IV (Economic evaluations)	Score 11/ QME
33	<i>Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain</i>	2017	IV (Economic evaluations)	Score 9/ QME
48	<i>“Hospital at Home” For Neuromuscular Disease Patients with Respiratory Tract Infection: A Pilot Study</i>	2013	I	Score 10/ QME
73	<i>A randomized controlled trial of hospital versus home-based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3 - 59 months: The IndiaCLEN Severe Pneumonia Oral Therapy (ISPOT) Study</i>	2015	I	Score 10/ QME
107	<i>Evaluation of the Cincinnati Veterans Affairs Medical Center Hospital-in-Home Program</i>	2018	VI (Economic evaluations)	Score 4/ QMB

Fonte: Adaptado de JBI, 2013 e JBI, 2017

Da totalidade dos seis estudos selecionados para a classificação do nível de evidência e para a avaliação da qualidade metodológica, foi excluído um estudo da RSL.

O processo de seleção deve ser registado e a utilização de um fluxograma permite que seja documentado o número de estudos incluídos e excluídos, desde o início até ao final desta etapa da RSL (Fig. 9).

FIGURA 9: Fluxograma de seleção de estudos



3.3.6. Extração dos dados

A extração de dados consiste na recolha, por parte dos investigadores, da informação, acerca dos resultados e das conclusões dos estudos principais que foram incluídos, assim como, das características do desenho (JBI, 2011).

Em qualquer extração de dados deve ser, primeiramente, realizado um plano de análise dos dados e definido o que deverá estar presente nas tabelas de extração, para que os investigadores sejam orientados ao longo da recolha de dados. Estas tabelas devem

transparecer a informação relevante, como por exemplo, a população, os resultados, o fenómeno em estudo e as características do desenho dos estudos para a análise na RSL (CRD, 2009; JBI, 2011). De ressaltar, que os requisitos para a extração de dados são diversos e devem ser preconizados conforme a questão de investigação. O estabelecimento de um instrumento para a extração de dados contribui para aumentar a validade do estudo, assim como, reduzir o viés através da consistência que fornece à RSL (CRD, 2009). De acordo com JBI (2011), esse instrumento deve ser adaptado ao tipo de desenho do estudo alvo da extração de dados.

A categorização dos dados extraídos pode ser elaborada de diversas formas desde texto livre; texto numérico; sim ou não; ou lista de seleção. Para que seja minimizada a ambiguidade, os investigadores devem recorrer a instruções para preenchimento dos campos. O tipo de dados a extrair, depende dos estudos disponíveis e da questão de investigação (CRD, 2009).

Previamente à extração total dos dados, é aconselhável que uma parte da amostra, dos estudos incluídos, seja submetida ao formulário da extração de dados, para que seja testado se a informação relevante é recolhida e se não são desperdiçados recursos (CRD, 2009).

A imparcialidade e a confiabilidade nos dados extraídos são fundamentais para a redução de erro, motivo que reforça a necessidade de serem, pelo menos, dois investigadores a recolhê-los (CRD, 2009).

A respetiva síntese dos estudos será apresenta no capítulo seguinte.

4. INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão, de forma sintetizada, apresentados os resultados principais dos estudos primários. Os resultados devem ser comparados, discutidos e confrontados com fontes externas de conhecimento para além das incluídas na revisão. A confrontação com resultados de outras fontes, permite posicionar e compreender os resultados da RSL. As limitações da RSL e dos estudos incluídos e respetivo impacto ao nível da generalização e aplicabilidade dos resultados são, igualmente, consideradas neste capítulo. No final do capítulo, serão apresentadas as implicações para a prática clínica.

4.1. Características dos estudos incluídos na RSL

A avaliação metodológica, tal como exposto no capítulo anterior, foi executada com base nos instrumentos de avaliação disponibilizados pelo JBI, de acordo com o tipo de desenho dos estudos, tendo sido utilizados o *“Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews Checklist for Economic Evaluations”* (2017) e o *“Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews Checklist for Randomized Controlled Trials”* (2017).

Como resultado desta avaliação, foram incluídos cinco estudos na RSL, publicados entre 2013 a 2018 em inglês. Os estudos selecionados apresentam nível de evidência elevado, com exceção do Estudo 27, 33 e 107, e qualidade metodológica elevada, à exceção do Estudo 107, que foi excluído pela baixa qualidade metodológica que apresentou, apesar de abordar a temática da RSL. Relativamente à publicação, um estudo foi publicado pelo *BCM Pediatrics* (Estudo 73), o Estudo 33 foi publicado pela *Elsevier*, o Estudo 27 pelo *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, o Estudo 48 pelo *Respiratory Care Journal* e o *Thorax Journal* publicou o Estudo 1.

Relativamente ao cumprimento de critérios éticos, todos os respeitaram ao longo do processo investigativo, tendo recebido aprovação das comissões de ética às quais submeteram o projeto de investigação.

Na tabela 8 apresenta-se a descrição dos estudos em função dos autores, título, ano, país, periódico e instituição de origem do estudo, incluídos na presente RSL.

TABELA 8: Descrição dos estudos incluídos na RSL

Estudo	Autores	Título do artigo	Ano	País	Periódico	Instituição de origem do estudo
1	Echevarria, C., Gray, J., Hartley, T., Steer, J., Miller, J., Simpson, A. J., Gibson, G. J., Bourke, S. C.	<i>Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation</i>	2018	Reino Unido	<i>Thorax Journal</i>	<i>Department of respiratory Medicine, North Tyneside General Hospital, Rake Lane, United Kingdom</i>
27	Elstrand, S. L., Dongen, S. I., Bosmans, J. E., Schaaf, H.S., Toorn, R., Furth, A. M.	<i>Cost-effectiveness of home-based vs. in-hospital treatment of paediatric tuberculous meningitis</i>	2018	África do Sul	<i>International Journal of Tuberculosis and Lung Disease</i>	<i>Department of Paediatrics and Child Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, South Africa</i>
33	González-Ramallo, V. J., Mirón-Rubio, M., Mujal, A., Estrada, O., Forné, C., Aragón, B., Rivera, A. J.	<i>Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain</i>	2017	Espanha	<i>Elsevier</i>	<i>Department of Internal Medicine, Gregorio Marañón, Madrid, Spain</i>
48	Vianello, A., Savoia, F., Pipitone, E., Nordio, B., Gallina, G., Paladini, L., Concas, A., Arcaro, G., Gallan, F., Pegoraro, E.	<i>“Hospital at Home” For Neuromuscular Disease Patients with Respiratory Tract Infection: A Pilot Study</i>	2013	Itália	<i>Respiratory Care Journal</i>	<i>Unità Operativa Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedaliera di Padova, Italy</i>
73	Patel, A., Bang, A., Singh, M., Dhande, L., Chelliah, L., Malik, A., Khadse, S., ISPOT Study Group	<i>A randomized controlled trial of hospital versus home based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3 - 59 months: The IndiaCLEN Severe Pneumonia Oral Therapy (ISPOT) Study</i>	2015	Índia	<i>BCM Pediatrics</i>	<i>Mahatma Gandhi Institute of Medical Sciences, Sewagram, Maharashtra, India</i>

A diversidade geográfica dos estudos, permite alegar que existe um interesse a nível mundial na avaliação de custo-efetividade entre a HD e a HC. Os cinco estudos selecionados têm

todos países de origem diferentes, tendo sido realizados no Reino Unido (Estudo 1), na África do Sul (Estudo 27), em Espanha (Estudo 33), em Itália (Estudo 48) e na Índia (Estudo 73).

Na Tabela 9, encontra-se informação sobre os cinco estudos, relativamente ao tipo de estudo, ao seu desenho e ao método de colheita de dados.

TABELA 9: Descrição do estudo: tipo, desenho e colheita de dados

Estudo	Tipo de estudo	Desenho do estudo	Método de colheita de dados
1	Estudo quantitativo	Estudo Clínico Randomizado Controlado	Questionário; Escala; Medidas bio fisiológicas
27	Estudo quantitativo	Estudo de avaliação económica	Entrevistas; Parecer de especialistas; Escalas; Inventário; Medidas bio fisiológicas
33	Estudo quantitativo	Estudo Clínico Randomizado Controlado	Análise documental; Medidas bio fisiológicas
48	Estudo quantitativo	Estudo de coorte retrospectivo de avaliação económica, observacional, multicêntrico	Análise documental
73	Estudo quantitativo	Estudo Clínico Randomizado Controlado prospetivo	Medidas bio fisiológicas; Formulários

Os estudos de metodologia quantitativa são prevalentes nos estudos incluídos na RSL. Relativamente ao desenho dos estudos, três são estudos Clínicos Randomizados Controlados (Estudo 1, 33 e 73) sendo que o último é prospetivo; o Estudo 27 é um Estudo de Avaliação Económica e o Estudo 48 é um estudo de Coorte Retrospectivo de Avaliação Económica, observacional, multicêntrico.

De forma a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos, os estudos selecionados foram submetidos a uma análise integral e a uma leitura completa, estando os resultados expostos no Anexo V.

De acordo com CRD (2009), a RSL deve, na discussão dos resultados, apresentar uma síntese descritiva inicial dos estudos incluídos, com os resultados e conclusões destes. Na tabela 10 apresenta-se a síntese dos estudos incluídos na presente RSL.

Tabela 10 - Síntese descritiva inicial dos estudos incluídos

Estudo	Título	Análise do estudo
1	Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation	- Amostra N= 118 clientes: 60 HD; 58 HC - Procedimento da análise de dados Mann-Whitney U test; Método de cadeia de Markov de Monte Carlo; Regressão linear - Intervenção/Procedimento O estudo desenvolveu-se entre junho de 2014 e janeiro de 2016. Os clientes tratados em contexto de HD foram acompanhados por uma equipa especializada em sistema respiratório, com uma a duas visitas domiciliárias por dia. Foi-lhes fornecido um número de emergência para contactarem a equipa 24h/7 dias por semana. Os parâmetros fisiológicos foram avaliados diariamente e as colheitas de sangue executadas conforme a necessidade. Disponibilizados diversos serviços para prestação em casa, se fosse necessário, como terapia ocupacional, fisioterapia,

		medicação via oral ou endovenosa, entre outros. A alta clínica dos clientes foi uma decisão conjunta do enfermeiro e do médico. Os clientes deviam cumprir alguns parâmetros clínicos para integrarem com segurança a HD, nomeadamente pH arterial, PaCO₂ e sem acidemia. Na prestação de cuidados em HC foram prestados os habituais cuidados com uma mediana de cinco dias de internamento, tendo alta clínica por decisão do médico assistente. • Perspetiva dos custos Os custos foram apresentados segundo uma perspetiva social e da saúde. Os custos de saúde incluíram os medicamentos, custos de exames de diagnóstico e laboratoriais, visitas ao domicílio pela equipa de saúde, oxigenoterapia, ocupação da cama, ventilação não invasiva. Os registos eletrónicos foram calculados conforme a quantidade de tempo gasto com o cliente e a idade do cliente. Quanto ao tempo quando não era possível calcular era tido em conta o tempo padrão ou casos semelhantes. O custo de diária na enfermaria foi calculado pelo departamento de finanças do Trust. Estes custos não foram calculados consoante a condição clínica do cliente. As emergências, os acidentes e as visitas foram registados. O custo de equipamento e cuidados sociais formais foram obtidos através dos registos de assistência social. • Resultados Clínicos: Não foram registados óbitos na fase aguda (14 dias) em nenhum dos grupos. No prazo de 90 dias foram registados dois óbitos, um em cada grupo. Foi identificada uma redução no número de camas no contexto de HD, nos 90 dias. As readmissões foram similares em ambos os grupos. Após 14 dias a maioria dos clientes (90%) preferia ser tratada em contexto de HD. De acordo com os dados, a qualidade de vida dos clientes foi maior no contexto de HD. Os investigadores referem que apesar de existir uma melhoria relativamente ao score de ansiedade nos clientes em HD o resultado poderá ser casual. Custos: O custo médio na saúde e a nível social ao longo de 90 dias de tratamento foi menor no contexto de HD, no entanto encontra-se descrito que existiu uma grande variação de custos. A mediana de tempo de estadia hospitalar foi de três dias. O tempo adicional de estadia iria refletir num aumento do custo médio da HC. Assim, a HD foi mais efetiva e barata para a maioria dos pacientes. O plano de custo efetividade demonstrou uma incerteza elevada na diferença de custos incrementais, apesar de apresentar na estimativa de eficácia incremental pouca incerteza. • Conclusões O tratamento da DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) exacerbada com baixo score na DECAF (Dyspnoea, Eosinopenia, Consolidation, Acidemia and Atrial Fibrillation) em contexto de HD é clinicamente eficaz, seguro e a maioria dos clientes prefere ser tratado neste contexto. Neste contexto clínico, o tratamento em HD apresenta uma melhor relação custo-efetividade face à HC. O instrumento DECAF é considerado uma ferramenta segura em estudos de derivação, implementação e validação, podendo ser utilizado para a seleção dos clientes para a HD.
27	<i>Cost-effectiveness of home-based vs. in-hospital treatment of paediatric tuberculous meningitis</i>	• Amostra N= 22 cuidadores: 10 HD; 12 HC • Procedimento da análise de dados Modelo analítico probabilístico assumindo distribuições gama para resultados de custo e efeito, sendo as distribuições gama definidas pelo α ((erro médio/padrão [SE])²) e β (SE²/ média) das distribuições de resultado. Simulação de Monte Carlo com 1000 simulações baseadas em sorteios aleatórios das distribuições gama devido à incerteza dos custos e incertezas. Cálculo da taxa incremental de custo-efetividade em ambos os grupos para determinar e comparar as medidas de efeito.

		• Intervenção/Procedimento Inicialmente os clientes foram estabilizados clinicamente no hospital universitário. Posteriormente, a HD foi coordenada através de uma clínica ambulatorial com especialização HD e a HC foi coordenada no Brooklyn Chest Hospital. A colheita de dados decorreu entre outubro de 2014 e janeiro de 2015. Foram realizadas entrevistas e aplicadas escalas aos dois grupos. • Perspetiva dos custos Perspetiva social Custos de prestação de cuidados: Os custos inerentes ao período de estabilização clínica (24 dias) associaram-se a consultas e admissão hospitalar. Os custos ao nível da HD incluíram: fisioterapia, seguimento clínico no Tygerberg Hospital, terapia ocupacional, terapêutica medicamentosa, custos de readmissão. O custo de assistência hospitalar baseou-se nos custos associados a medicação, encaminhamento para outros serviços e transporte. Os custos de HC incluíram: trabalho social, terapia ocupacional, fisioterapia, nutricionista, oftalmologia. Custos informais dos cuidadores: Os custos dos cuidadores variaram conforme o contexto de internamento (desde cozinhar, administrar medicação, tempo de viagem, apoio escolar, entre outros). Custos de produtividade: Os custos de produtividade foram estimados conforme a licença não remunerada dos cuidadores, o salário e duração da readmissão no caso da HD. Outros custos: Foram ainda avaliados outros custos como serviço social, creche, custos da escola e custos de readmissão. • Resultados Clínicos: As características dos dois grupos de crianças e cuidadores foram semelhantes relativamente aos dados gerais, características socioeconómicas e clínicas. A média de idades das crianças foi entre os 3,4 e 6,5 anos. Dos 22 cuidadores, 3 perderam os rendimentos, 5 foram contratados, 5 tiveram redução de trabalho. As crianças tratadas em contexto HD obtiveram um score mais elevado na aplicação da escala QVRS e menor impacto económico nos ganhos e despesas da família. Custos: O rendimento familiar foi ligeiramente mais elevado no contexto de HD do que no contexto de HC. Na primeira fase de tratamento (fase de estabilização clínica) os custos foram iguais nos dois grupos em estudo. Na segunda fase os custos de assistência em saúde e os custos informais foram menores no contexto de HD. Assim como, a perda de rendimento familiar e os custos noutros setores. Os custos sociais foram menores na HD tanto na primeira como na segunda análise de sensibilidade. A melhoria da qualidade de vida na criança em HD traduz-se numa melhor economia. A HD demonstrou ser mais custo efetiva que a HC. • Conclusões O tratamento da tuberculose meníngea com devida terapêutica, suporte, rastreamento e aconselhamento é adequado no domicílio. Na perspetiva social a HD apresenta uma melhor relação custo-efetividade face à HC.
33	<i>Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain</i>	• Amostra N= 1324 clientes em HD • Procedimento da análise de dados Análise descritiva uni variada para as características clínicas e demográficas, uso de recursos, resultados de eficácia e custos; mediana e intervalo de interquartil para variáveis quantitativas; Frequência e percentagem para variáveis qualitativas; Média e intervalo de confiança para variáveis de custo; Bootstrapping para obtenção do intervalo de confiança O custo total de episódio foi dividido entre o custo de permanência em HD, custo de internamento e de reinternamento. • Intervenção/Procedimento

		Os clientes em HD receberam cuidados de saúde prestados por três hospitais universitários espanhóis. Os registos clínicos de janeiro de 2012 a dezembro de 2013 foram analisados retrospectivamente. Os registos analisados incluíram o diagnóstico médico, visitas ao domicílio pela equipa de enfermagem e médica, episódios de urgência, duração do tratamento e agente antimicrobiano, resultados clínicos e acesso endovenoso. Os registos médicos foram analisados quando existiu necessidade. Outros dados recolhidos foram os efeitos adversos, assim como qualquer complicação que implicou suspensão ou alteração da dosagem do antimicrobiano e/ou transferência para o hospital. Foram incluídos clientes com diagnóstico de infeção e necessidade de antibióterapia endovenosa e clientes e cuidadores cooperantes e compreensivos. • Perspetiva dos custos Os custos foram analisados de acordo com a perspetiva do Sistema de Saúde Nacional. Os custos determinados basearam-se na contabilização dos custos de cada unidade hospitalar e nos recursos utilizados e recolhidos nos registos. Os custos incluídos na contabilização foram: medicamentos e consumíveis, equipa de saúde, transporte e custos estruturais. Os investigadores utilizaram uma estratégia <i>topdown</i> para a quantificação de custos por episódio, tendo sido utilizadas unidades de valor relativo. • Resultados Clínicos: Em dois anos, registaram-se 1324 internamentos com antimicrobianos parentéricos, no contexto de HD, em 1190 clientes com infeção. A maioria dos clientes era do sexo masculino e a média idade era 70 anos. As infeções mais frequentes foram do trato urinário, respiratória e intra-abdominal. O valor da mediana de permanência atribuível ao processo de infeção foi de 15 dias e os antibióticos mais utilizados foram a Ceftriaxona e o Ertapenem. A mediana das visitas ao domicílio foi de 1.33/dia. Em 91.5% dos casos a infeção foi tratada. Foram registados sete óbitos por 1000 episódios de antibióterapia parentérica e registaram-se 10.6% de reinternamentos no prazo de 30 dias após alta clínica. Custos: O custo médio da HC é mais elevado em relação ao custo médio da HD, sendo que o custo da HD inclui os custos de farmácia, equipa de saúde, transporte, despesas gerais, episódio de urgência, medicação e complicações. Por último, o custo de admissão e de readmissão, em média, foi inferior na HD. • Conclusões A terapia parentérica antimicrobiana em contexto de HD foi clinicamente eficaz e segura para os clientes nos três hospitais do estudo e com melhor relação custo-efetividade face à HC.
48	<i>“Hospital at Home” for Neuromuscular Disease Patients With Respiratory Tract Infection: A Pilot Study</i>	• Amostra N=53 clientes: 26 HD; 27 HC • Procedimento da análise de dados Estatísticas descritivas padrão; Teste t de Student independente não emparelhado; Teste de Mann Whitney U; Teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher; Odds Ratio • Intervenção/Procedimento Foram recrutados todos os pacientes com doença neuromuscular admitidos no serviço de urgência entre janeiro de 2009 e dezembro de 2011 no hospital onde decorreu o estudo. Grupo HD: 1) Ventilador portátil com válvula de expiração e um circuito de membro único, com ventilação contínua obrigatória 2) Tosse Assistida Manual e/ou Mecanicamente 3) Monitorização contínua de SpO₂ 4) Antibióterapia 5) Visita domiciliária de Pneumologia 6) Visita de Enfermagem

		7) Utilização de telefones e fax para atualizar médicos assistentes - Perspetiva dos custos Custos calculados na perspectiva do serviço de saúde regional, tendo sido calculado: - HD- visitas domiciliares do pneumologista, do enfermeiro e terapeuta respiratório; custo diário de aluguer do ventilador portátil e do aparelho de assistência mecânica da tosse; antibioterapia; custos das chamadas telefónicas. - HC- internamento hospitalar. Para a avaliação de uso de recursos, “o custo total para cada categoria foi calculado como o produto do número de eventos multiplicado pelo custo unitário por evento.” (Vianello et al., 2013, pp. 2064). O custo unitário foi expresso em Euros atendendo a preços do ano de 2010. Todos os custos associados a pneumologia, enfermagem, terapeuta respiratório, antibioterapia e custos de chamadas telefónicas foram calculados de forma direta utilizando informação dos preços e mercado e custos de trabalho. O custo médio de internamento, por dia, numa enfermaria ou numa UCI foi calculado com base nos dados do hospital. - Resultados Dos 59 clientes inicialmente recrutados para integrarem o estudo, apenas 53 foram incluídos. Clínicos: As características clínicas, função pulmonar e características demográficas eram semelhantes nos dois grupos, na fase inicial. A causa mais frequente de descompensação, em ambos os grupos, foi a pneumonia. No grupo de HD 8 clientes necessitaram de internamento hospitalar, todos eles apresentavam como comorbilidade esclerose lateral amiotrófica e distinguiram-se dos restantes, do seu grupo, por serem mais velhos. Relativamente ao tempo de recuperação, falha de tratamento e mortalidade os resultados não diferiram no seguimento de 3 meses, sendo que a falha de tratamento no contexto de HD, segundo os autores foi independente da doença neuromuscular. Custos: O custo diário de assistência e custo direto total foi menor na HD do que na HC. A prestação de cuidados de enfermagem foi o custo principal na HD. - Conclusões A HD e a HC são igualmente efetivas. A HD reduz significativamente os custos.
73	A randomized controlled trial of hospital versus home based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3 - 59 months: The IndiaCLEN Severe Pneumonia Oral Therapy (ISPOT) Study	- Amostra N= 956 clientes: 494 HD; 462 HC - Procedimento da análise de dados Chi-square test; ANOVA; Modelo de risco proporcional de Cox; Teste Log-rank; Análise univariada para preditores de custos; Análise de regressão multivariável - Intervenção/Procedimento Crianças entre os 3 e os 59 meses de idade com sintomas de dispneia/tosse com duração inferior a 15 dias, com tiragem subcostal e ausência de resposta a nebulização. Todos os pais assinaram termo de consentimento. Colheita de dados de outubro de 2008 a março de 2011. Em ambos os grupos foi administrada, no hospital, uma primeira dose de Amoxicilina. No grupo em HD foram administradas, em casa, as restantes doses pelo cuidador por um período de 7 dias; no grupo em HC as doses seguintes foram administradas no hospital durante 2 dias e as restantes no domicílio por 5 dias, pelo cuidador. Foram realizadas visitas ao domicílio, nos dois grupos, ao terceiro, quinto, oitavo e décimo quarto dia, sendo que o grupo de HD teve após 24h uma visita domiciliária extra. - Perspetiva dos custos Os custos fixos para cada grupo não foram considerados, assim como custos acionados através do protocolo

	Foi utilizado o método de microfinanciamento para avaliar os custos variáveis. Os custos médicos diretos foram calculados de acordo com a perspectiva do cliente, nomeadamente os cuidados de enfermagem, cuidados médicos, cuidados de paramédicos, custo de terapêutica, custo das investigações e custo da cama. Os custos não médicos diretos contemplaram o custo da viagem da família e cliente, nas deslocações ao hospital, o custo da alimentação durante o internamento para a família e cliente. Os custos indiretos foram determinados pelos salários que os pais, que estavam empregados não receberam. O custo médio de tratamento pediátrico foi analisado consoante a perspectiva do sistema de saúde na Índia. • Resultados Clínicos: Os clientes estavam distribuídos geograficamente em seis locais da Índia. A falha no tratamento, a alta contra parecer médico e a deterioração clínica foram mais elevadas no grupo de HC. Segundo a investigação a probabilidade de abandono do tratamento é maior em HC do que em HD. Custo: O custo do tratamento hospitalar no período de 48h foi mais elevado que em HD. Em relação ao custo de consultas em contexto ambulatorio não foram denotadas diferenças significativas. No grupo de HC os custos de hospitalização e custos não médicos foram mais elevados. Os custos mais elevados verificaram-se nos lactentes dos 3 aos 11 meses, clientes com sibilos respiratórios, elevada temperatura corporal e com menor monitorização de oxigénio. • Conclusões O tratamento em HD com Amoxicilina oral de crianças com pneumonia, taquipneia e tiragem apresenta uma melhor relação custo-efetividade face à HC. No entanto, os autores alertam para o cuidado na generalização dos resultados.
--	--

4.2. Evidências geradas nos estudos incluídos na RSL

Foram incluídos cinco estudos, de 204, nesta RSL. Na análise da evidência produzida, nos estudos incluídos, verificou-se que os autores foram consensuais relativamente ao modelo de HD ser mais custo-efetivo face ao modelo de HC, (Echevarria et al., 2018; Elsland et al., 2018; González-Ramello et al., 2017; Vianello et al., 2013; Patel et al., 2015). Atendendo à localização geográfica díspar, da realização dos estudos, diferentes serviços de saúde e perspectivas de custos de análise variadas, consideramos que as vantagens económicas para a sustentabilidade do serviço de saúde, assim como a eficácia e segurança do modelo de prestação de cuidados em HD é comprovado.

Na análise dos estudos foi possível verificar que abordaram patologias diferentes. Echevarria et al. (2018) realizaram a sua investigação com clientes com DPOC, Elsland et al. (2018) com tuberculose meningea, Vianello et al. (2013) clientes com doença neuromuscular e infeção do trato respiratório, Patel et al. (2015) clientes com pneumonia severa tratada com

antibioterapia, González-Ramello et al. (2017) realizaram investigação na área da terapia parentérica antimicrobiana, em clientes com patologia diversa.

Nos cinco estudos, em relação às características demográficas, clínicas e patologia, os grupos em estudo eram semelhantes.

Em relação às taxas de mortalidade, Echevarria et al. (2018), Vianello et al. (2013) e Patel et al. (2015) concluíram que a taxa de mortalidade não diferiu significativamente entre clientes em HD e a HC. Echevarria et al. (2018), Elsland et al. (2018), Vianello et al. (2013) e Patel et al. (2015) verificaram que a HD reduz não só a taxa de mortalidade como, também, a taxa de readmissão hospitalar. González-Ramello et al. (2017) concluíram que a taxa de mortalidade por 1000 episódios de HD foi de sete óbitos.

Echevarria et al. (2018) constataram que os scores obtidos na avaliação da ansiedade e da qualidade de vida, dos clientes internados em HD, foram melhores do que os obtidos nos clientes em contexto de HC. Contudo, as diferenças na qualidade de vida entre grupos não foram estatisticamente significativas. Elsland et al. (2018), González-Ramello et al. (2017) e Vianello et al. (2013) também apuraram que o fator qualidade de vida é maior na HD. Patel et al. (2015) não abordaram este parâmetro.

Somente o estudo de Echevarria et al. (2018) refere que os clientes mencionaram que em situações clínicas semelhantes preferiam o tratamento em HD.

Relativamente ao sucesso do internamento em HD versus HC, González-Ramello et al. (2017) verificaram que 91,5% dos clientes com diagnóstico de infeção, tratados em HD, tiveram a sua situação resolvida com sucesso. Vianello et al. (2013) concluíram que os clientes tratados em HD que necessitaram de reinternamento foram os que apresentavam infeção respiratória e tinham esclerose lateral amiotrófica, não devendo, portanto, ser aconselhados a integrar a HD. Patel et al. (2015) apuraram que a taxa de insucesso do tratamento, em qualquer momento, é maior no grupo de HC do que no grupo de HD. No mesmo estudo, os investigadores consideraram que um fator de insucesso no tratamento do grupo de HC é o facto da residência habitual se enquadrar num meio poluído.

Dos estudos incluídos na RSL, só Elsland et al. (2018) abordam a perspetiva social, perda de produtividade, de rendimento e contratação laboral, durante o período de tratamento, tendo concluído que houve alteração do valor total dos rendimentos mensais em ambos os grupos participantes no estudo, sendo o rendimento mais elevado no grupo de HD.

Echevarria et al. (2018) concluíram que, em geral, os custos são menores em contexto de HD e que o serviço mais dispendioso foi o de enfermagem, sendo os dois parâmetros mais onerosos na HC o internamento e os serviços sociais. Os resultados obtidos por Elsland et al. (2018), demonstram que os custos de assistência em saúde foram semelhantes no período necessário para estabilização clínica dos clientes, posteriormente, estes custos, no grupo de

HD, foram 95% inferiores aos do grupo em HC. Os custos informais, os custos de perda de produtividade e os custos noutros setores foram menores para o grupo em HD.

Patel et al. (2015) demonstraram que o tratamento com amoxicilina via oral em crianças em HD sem elevados riscos deverá ser recomendado, pois a efetividade do tratamento foi idêntica e os custos foram superiores em HC, observando que o custo total foi maior na HC nas primeiras 48h, assim como o custo dos restantes cuidados prestados. Concluíram, ainda, que os custos mais elevados estão associados com a idade entre 3 aos 11 meses, a presença de sibilos na respiração, a temperatura corporal elevada e a redução de monitorização da oximetria de pulso. No seu estudo, contemplaram os custos médicos diretos e indiretos e os custos diretos não médicos e não incluíram o cálculo dos custos fixos comuns e dos custos extra de protocolo.

González-Ramello et al. (2017) apresentam os custos referentes à totalidade do tratamento do processo infeccioso, e concluíram que o custo médio do modelo de prestação de cuidados foi superior na HC. Em HD, para o cálculo dos custos médios foram incluídos os custos com despesas de apoio e gerais, com a farmácia e com a equipa de saúde multidisciplinar, complicações do quadro clínico e necessidade de cuidados no serviço de urgência hospitalar. O custo de admissão, no contexto do estudo de González-Ramello et al., e adicionalmente o custo de readmissão do cliente 30 dias após alta clínica, em HD, foi inferior ao custo médio de internamento HC. Vianello et al. (2013) referem que o custo da assistência diária e o custo direto total foi menor nos clientes em HD do que nos clientes tratados em HC. Destacaram que o principal custo no modelo de HD foi relacionado com a prestação de cuidados de enfermagem.

Os investigadores dos diferentes estudos sugeriram alguns aspetos para melhorar a área da investigação da análise do custo-efetividade da HD e HC. Referem que, para uma análise completa, é necessário incluir a satisfação dos clientes e dos cuidadores, assim como expandir a perspetiva de custos de saúde, não se cingindo ao contexto do serviço de saúde regional ou nacional. Destacam a importância de serem incluídos os dados da qualidade de vida, a taxa de mortalidade e morbilidade, os resultados de saúde para completude da análise de custo-efetividade. Propõem o investimento político na HD de forma a melhorar o impacto familiar e contribuir para a diminuição de custos.

Estudos realizados por Shepperd et al. (2011) e Jeppesen, Vist, Brurberg, & Wedzicha (2012) registam a necessidade do desenvolvimento de investigações no âmbito de avaliação económica na comparação dos modelos de HD e HC. A existência de estudos científicos com dados claros e aprofundados dos custos diretos e indiretos que estes modelos apresentam em diferentes perspetivas é crucial para que economicamente se possa afirmar qual o modelo mais custo efetivo em que se deve investir.

4.3. Limitações da RSL

Os resultados anteriormente expressos são o culminar de uma investigação. No entanto, não demonstram as limitações ou barreiras identificadas pelos investigadores. As principais limitações encontradas serão expostas de seguida.

A restrição do idioma que pode ter conduzido à exclusão de estudos, contudo consideramos que a inclusão do idioma inglês, idioma por excelência da publicação científica, minimiza esta limitação sendo uma mais valia para o estudo. Escassez de estudos que cumprissem os critérios de inclusão e os que cumpriam apresentavam baixo nível de evidência.

Dos cinco estudos selecionados, apenas um, incluiu os cuidadores/família na investigação, sendo estes uma base na prestação de cuidados em contexto de HD.

4.4. Implicações para a prática clínica

Para a implementação da HD é necessário formar uma equipa com elementos que pertençam à instituição de saúde pois estes já incorporam a visão, a missão e os valores da organização. Os cuidados prestados no domicílio, no âmbito da HD, são prestados pela instituição e os princípios desta devem ser respeitados na totalidade dos modelos adotados para prestação de cuidados. Outro aspeto fundamental, é que a equipa que presta os cuidados seja multidisciplinar, pela possível complexidade da patologia ou pelo contexto familiar e social em que o cliente se encontre.

A criação de uma unidade de HD envolve diversos recursos e requer, desta forma, elementos com competência de gestão. Neste sentido, é fundamental que no planeamento e implementação das unidades de HD, esteja presente na equipa um enfermeiro com competências na área da gestão. A integração na equipa advém da sua competência nos diversos níveis de gestão, nomeadamente, na prática profissional, legal e ética; na gestão da segurança e qualidade dos cuidados; gestão do desenvolvimento profissional, desenvolvimento organizacional e mudança; gestão do planeamento, da organização, da

direção e do controlo; gestão da prática profissional baseada em evidência e orientada para obter ganhos em saúde; e competências ao nível da consultadoria e da assessoria.

Na projeção da implementação de uma unidade o EG vai não só visar melhores resultados clínicos, como melhorar a qualidade de vida para o cliente, bem como, a promoção de desenvolvimento para a organização hospitalar, neste caso a implementação da HD. Em relação à sua equipa, o EG deve promover a satisfação dos enfermeiros e avaliar o desempenho e eficácia dos mesmos.

O papel do EG no âmbito da HD preconiza desenvolver protocolos, orientações e diretivas, com base na evidência científica, que assegurem a qualidade dos cuidados, assim como, a segurança dos mesmos. Para além da segurança de cuidados, o EG deve assegurar a criação de ambientes seguros e participar ao nível da remodelação, conceção e adequação do espaço físico do ambiente do domicílio. Ao reconhecer a ausência da equipa de enfermagem no acompanhamento dos clientes 24 horas/dia, tal como se procede em ambiente de HC, o EG deve priorizar, junto da equipa, o ensino, a instrução e o treino de procedimentos à família ou cuidadores, conforme as necessidades dos clientes. A garantia da assistência nas 24 horas é essencial para a obtenção de melhores resultados clínicos, sendo importante a disponibilidade de uma cama numa enfermaria para uma possível readmissão hospitalar de um cliente em HD.

O EG detém conhecimento sobre o ambiente externo e interno da organização e atua como agente de mudança, identificando elementos chave para a mudança e envolvendo a equipa através da motivação para a melhoria, e, ainda, negocia objetivos comuns. Propõe soluções adequadas e inovadoras ao nível do processo de trabalho e métodos para a HD. Este tem competências para priorizar, identificar e avaliar os problemas, assim como, os riscos, neste caso para os clientes, os cuidadores e os familiares, hierarquizando os mesmos. O EG é responsável por assegurar a gestão de recursos materiais e recursos humanos, reconhecendo a necessidade de validar face, às necessidades dos clientes, o nível de apropriação dos dispositivos médicos. No âmbito de recursos materiais, é fundamental destacar a necessidade de assegurar o bom funcionamento de método de aprovisionamento e da gestão de stock, que deverão ser distintos do aprovisionamento e stock hospitalar, de forma a facilitar a gestão.

No âmbito dos custos, o EG, avalia as políticas em saúde, recorre a *“instrumentos de gestão económico-financeira”*, *“compreende as implicações económicas dos processos desenvolvidos”* e *“participa em processos de contratualização interna e externa”* um fator determinante, para a obtenção de fundos que permitam operacionalizar as unidades de HD garantindo o cumprimento dos objetivos e obtenção de ganhos em saúde. No entanto, é importante refletir que os custos não são meramente monetários e que devem ser considerados também os custos para os clientes, familiares e cuidadores, sob ponto de vista

social e de saúde (contemplando níveis de stresse, resultados clínicos, satisfação com a prestação de cuidados, rendimento familiar, apoio social, ...).

Por último, o EG deve participar no controlo e gestão da unidade/serviço de HD, atendendo não só à sua competência para desempenhar, mas também, ao facto de a HD ser um modelo recente em Portugal e que carece da necessidade de elevada gestão de custos. A necessidade de determinar o modelo custo-efetivo poderá ser auxiliada com a construção de indicadores de avaliação de resultados em saúde, com o principal objetivo de determinar os ganhos em saúde (OE, 2018, pp. 3487).

CONCLUSÃO

A disciplina de Enfermagem requer a produção assim como a renovação contínua do corpo de conhecimento e tal só é passível através da investigação (OE, 2006). O enriquecimento da disciplina de Enfermagem requer a realização de estudos que visem a produção da melhor evidência científica, com o intuito de desenvolver as melhores práticas de enfermagem na prestação de cuidados ao cliente. A promoção do conhecimento implica a realização de um processo de investigação científica que tem como objetivo solucionar problemas ou responder a questões do cariz da disciplina (OE, 2006).

A revisão sistemática da literatura procura oferecer a melhor evidência disponível. Neste sentido, foi elaborado o presente trabalho reconhecendo o elevado nível de evidência de uma RSL e a sua contribuição para a prática de enfermagem, nomeadamente no custo-efetivo da hospitalização domiciliária. A realização deste trabalho permitiu ainda adquirir competências na área da investigação com a produção de um estudo de investigação.

O desenvolvimento do presente estudo na disciplina de Enfermagem e no contexto económico permitiu alcançar os objetivos definidos: identificar a melhor evidência disponível sobre o custo e a efetividade da HD versus a hospitalização clássica, sintetizando a melhor evidência disponível sobre o custo e a efetividade da HD versus a hospitalização clássica. Podendo assim, identificar qual o modelo de implementação com uma melhor relação custo-efetividade.

A procura de fontes credíveis e estudos que permitissem dar resposta aos objetivos culminou num processo de aprendizagem académico acerca de protocolo de investigação e contribuiu para a obtenção de conhecimento numa área ainda pouco abordada. Neste seguimento, a presente RSL não inviabiliza a continuação da produção científica nesta temática, alertando para a necessidade de estudos de avaliação económica com maior nível de qualidade metodológica.

O modelo de prestação de cuidados de hospitalização domiciliária, em alternativa ao modelo convencional de internamento, permite que clientes com patologia aguda, doença crónica em fase aguda ou clientes em cuidados paliativos, com um curto período de tratamento, tenham assistência hospitalar no domicílio, seja para prestação de cuidados ativa e contínua, ou procedimentos técnicos. As equipas de HD deverão ser multidisciplinares, assim como no hospital, e ser constituídas conforme a necessidade do cliente. Devendo este cumprir os critérios de elegibilidade para receber a prestação de cuidados no domicílio.

A HD promove a humanização de cuidados e procura integrar a comunidade, os cuidadores e família de forma ativa. Nos estudos analisados, denotou-se que os clientes preferem a prestação de cuidados no domicílio ao invés do hospital. Esta preferência acarreta, para os responsáveis da unidade, um comprometimento acrescido de garantirem a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados que são prestados. No entanto, as patologias elegíveis são escassas e não permitem integrar todos os clientes no modelo de prestação de cuidados que, eventualmente, cumprissem os restantes critérios de inclusão.

Internacionalmente, e conforme os resultados obtidos, a HD é um modelo instituído em países desenvolvidos e em desenvolvimento, pelo que a necessidade em analisar a prestação de cuidados com melhor relação custo-efetividade é notória. Em uniformidade, as conclusões dos estudos permitiram compreender, ainda que com alguns parâmetros por analisar (nomeadamente o custo social, para o cliente e para a família), que a HD é o modelo mais custo efetivo para prestar cuidados de saúde em determinados diagnósticos clínicos. Contudo, é necessário refletir sobre a não existência um modelo de HD ideal e possível de generalizar, dado os contextos socio-económico-financeiros serem variados. As principais necessidades dos clientes, família/cuidador, tal como as condições sanitárias, higiénicas e habitacionais devem, ainda assim, ser de avaliação obrigatória em qualquer protocolo de HD.

Consideramos que em futuros estudos primários é relevante aprofundar o custo social e familiar da HD em comparação com a HC e incluí-los na análise de custo-efetividade. De forma a generalizar os resultados seria igualmente importante realizar estudos de comparação entre modelos de diferentes países, de forma a determinar qual o modelo mais custo-efetivo na HD comparativamente com a HC. Recomenda-se, ainda, estudos de avaliação económica mais rigorosos com a descrição total dos custos e resultados clínicos e económicos.

O enfermeiro gestor é fundamental para a implementação da HD dadas as suas competências ao nível da gestão e relevância para o processo de mudança e novo rumo no SNS. Este desenvolve as suas funções visando cuidados seguros e com qualidade, atendendo às necessidades e expectativas dos clientes e da sua equipa e reconhecendo a prioridade de um modelo custo-efetivo, de forma a atenuar os custos inerentes ao SNS, mas não descorando a saúde dos clientes e os custos globais que este modelo de prestação de cuidados acarreta.

É urgente a intervenção dos órgãos políticos na criação de melhores condições para a prestação de cuidados de saúde aos clientes, reconhecendo a situação atual do SNS e as condições sociais e clínicas da população.

O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população e o aumento do número de clientes crónicos (CES, 2019) levam a uma pressão cada vez maior sobre o sistema de saúde. A necessidade de prestar cuidados de saúde de qualidade a todos os cidadãos, a

escassez de recursos e os custos que os novos tratamentos e tecnologias acarretam, levam ao aumento da despesa em saúde, pondo em causa a sustentabilidade do sistema de saúde. A ineficiência na utilização dos recursos leva à não satisfação das necessidades e ao desperdício numa área particularmente sensível como a saúde que, social e individualmente, é considerada como um bem sem preço.

Para que haja uma alocação e utilização eficiente dos recursos disponíveis é necessário que os gestores tomem decisões fundamentadas, sendo que os estudos de avaliação económica contribuem para o processo de tomada de decisão. Ao mensurarem e avaliarem os custos assim como as consequências das várias alternativas disponíveis contribuem para a qualidade desse processo.

É conhecido o elevado custo do internamento hospitalar, tanto para a sociedade como para as famílias e cliente, sendo essa uma das justificações para a implementação da hospitalização no domicílio. Este projeto, que se encontra implementado em vários países e está a iniciar-se em Portugal, tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos clientes, a equidade de acesso aos cuidados de saúde e diminuir os custos do internamento.

Em suma, com os achados deste estudo pretendemos contribuir para a discussão sobre a sustentabilidade do SNS e para uma melhor evidência científica na área da gestão de enfermagem, dando ferramentas aos enfermeiros gestores para a realização de trabalho mais ativo e fundamentado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018*. Retirado de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS_2018.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2018). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019*. Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/Termos-Referencia-Contratualizacao-2019.pdf>

Alves, A. (2016). "Hospital at Home": The Reality Inside And Outside Of Portugal. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23 (1), 40-43. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/301789717_Hospital_at_Home_The_Reality_Inside_And_Outside_Of_Portugal REVISTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

Alves, M., Bigotte, M., Costa, J., & Vaz-Carneiro, A. (2017) Analysis of the Cochrane Review: Early Discharge Hospital at Home. *Acta Med Port*, 30 (12), 835-839. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29364795>

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência* [PDF]. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia

Aromataris, E., & Munn, Z. (2017). JBI Systematic Reviews. In: Aromataris, E., Munn, Z. (Eds), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Retirado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Barros, P. (2014). *Roteiro de Intervenção em Sustentabilidade em Saúde*. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. DGS. Retirado de <http://>

1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-
ssl.com/files/2014/12/2014_15_Sustentabilidade-em-saude.pdf

Berwanger, O., Suzumura, E., Buehler, A, & Oliveira, J. (2007). Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (4), 475-480. Retirado de <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a12v19n4.pdf>

Bettany-Saltikov, J. (2012) How To Do A Systematic Literature Review In Nursing: A Step-By-Step Guide: A Step-y-Step Guide [PDF]. Retirado de https://www.academia.edu/1913901/How_to_do_a_systematic_literature_review_in_nursing_A_step-by-step_guide

Broeiro, P. (2015) Prática Baseada na Evidência e seus Limites. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31 (4), 238-240. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000400001

Brousselle, A., & Guerra. S. (2017). Saúde Pública por um futuro sustentável: a necessidade de uma abordagem ecossocial comprometida. *Saúde em Debate*, 41, 14-21. Retirado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000500014&script=sci_abstract&tlng=pt

C.Y.U., E., Pryor, G., & Parker, M. (2017). Hospital at home – a review of our experience. *SICOT-J*, 3 (60), 1-6. Retirado de <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5646172&blobtype=pdf>

Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews- CRDS's guidance for undertaking reviews in health care* [PDF]. Retirado de https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf

Chevreur, K., Com-Ruelle, C., Midy, F., & Paria, V. (2004). The development of hospital care at home: an investigation of Australia, British and Canadian experiences. *Institute for research and information in health economics*, 91, 1-8. Retirado de <https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES091.pdf>

Claro, P., Claro, D., & Amâncio, R. (2008). Entendendo o conceito de sustentabilidade nas Organizações. *Revista de Administração., São Paulo*, 43 (4), 289-300. Retirado de: <http://www.revistas.usp.br/rausp/article/view/44483>

Cochrane. (2020). Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Retirado de <https://www.cochranelibrary.com/central/about-central>

Cotta, R., Suárez-Varela, M., González, A., Filho, J., Real, E., & Ricós, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 10 (1), 45-55. Retirado de <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpsp/v10n1/5850.pdf>

Cumpston, M., & Chandler, J. (2019). Planning a Cochrane Review. In: Higgins, Julian [et al.] (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention*. Retirado de <https://training.cochrane.org/node/1149>

Delerue, F., & Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25 (1), 15-17. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2018000100005

Descritores em Ciências da Saúde. (2019). Descritores em Ciências da Saúde. Retirado de <http://decs.bvs.br/P/decsweb2020.htm>

Direção Geral de Saúde. (2018). Hospitalização Domiciliária em idade adulta. Nº 020/2018, 1-22

Echevarria, C., Gray, J., Hartley, T., Steer, J., Miller, J., Simpson, A., ... Bourke, S. (2018) Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation. *Thorax*, 73, 713-722. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29680821/>

Elsland, S. L., Dongen, S. I., Bosmans, J. E., Schaaf, H. S., Toorn, R., & Furth, A. V. (2018) Cost-effectiveness of home-based vs. in-hospital treatment of paediatric tuberculous meningites. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 22 (10), 1188-1195. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30236187/>

Escarrabill, J. (2002) La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria*, 30 (5), 96-105. Retirado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670279032X>

Farfan-Portet, M., Denis, A., Mergaert, L., Daue, F., Mistiaen, P., & Gerkens, S. (2015). *Implementation of hospital at home: orientations for Belgium* (Report N°. 250). Retirado de https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_250_implementation_hospital_at_home_Report.pdf

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. (2018). Despacho nº 9323-A/2018 de 3 de outubro: *Diário da República*: 2ª Série, nº191, 26902-26905

Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagersrom, C., Melchiorre, M., ... & Devillé, W. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11 (207), 1-14. Retirado de <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-11-207>

Godfrey, C., & Harrison, M. (2015). *Systematic Review Resource Package- The Joanna Briggs Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide*. [PDF]. Retirado de <http://healthindisasters.com/images/Books/Systematic-Review-Resource-Package.pdf>

Gomersall, J., Jadotte, Y., Xue, Y., Lockwood, S., Riddle, D., & Preda, A. (2014) *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014: The Systematic Review of Economic Evaluation Evidence* [PDF]. Retirado de <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>

Gomes, I., & Caminha, I. (2014). Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. *Movimento*, 20 (1), 395-411. Retirado de <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/41542/28358>

González-Ramallo, V. J., Mirón-Rubio, M., Mugal, A., Estrada, O., Forné, C., & Rivera, A. (2017) Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain. *International Journal of*

Antimicrobial Agents, 50, 114-118. Retirado de:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28499957/>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas da Saúde: 2018* [PDF]. Retirado de
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2

Internacional Council of Nurses. (2020). Strategic plan 2019-2023. Retrived from:
<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Strategic%20plan.pdf>

Jeppesen, E., Vist, G., Brurberg, K., & Wedzicha, J. (2012) Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonar disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012. Retirado de
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003573.pub2/full>

Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2011 Edition* [PDF]. Retirado de
<http://dl.icdst.org/pdfs/files/d49844af07ed41b7020f44ebe1e90cd7.pdf>

Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence. Retirado de
[https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence 2014 0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence%202014%200.pdf)

Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* [PDF]. Retirado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Joanna Briggs Institute. (2019 ^a). Joanna Briggs Institute. Retirado de
https://joannabriggs.org/about_jbi/our_history

Joanna Briggs Institute. (2019 ^b). Joanna Briggs Institute. Retirado de
https://joannabriggs.org/global_reach/collaboration

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Modelo f Evidence-Based Healthcare. *Internacional Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17 (1), 58-71. Retirado de
https://journals.lww.com/ijebh/FullText/2019/03000/The_updated_Joanna_Briggs_Institute_Model_of.8.as#pdf-link

Lahlafi, A. (2007). Conducting a literature review: How to carry out bibliographical database searches. *British Journal of Cardiac Nursing*, 2 (12), 566-569. doi: 10.12968/bjca.2007.2.12.27732

Lakhani, R. (2014). *Economia da Saúde: Conceitos e Métodos de Avaliação* (Dissertation, Universidade do Porto) Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77286?locale=pt>

Landers, S., Madigan, E., Leff, B., Rosati, R., McCann, B., Hornbake, R. ... Breese, E. (2016) The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value. *Home Health Care Management & Practice*, 28(4), 262-278. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27746670>

Lasserson, T.J., Thomas, J., & Higgins, J.P.T. (2019). Starting a review. In: Higgins J.P.T., Thomas, J., Chandler, J., & Cumpston, M. (Eds), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Retirado de www.training.cochrane.org/handbook.

Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M-I., ... Wieland, LS. (2019). Searching for and selecting studies. In: Higgins J.P.T., Thomas, J., Chandler, J., & Cumpston, M. (Eds), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Retirado de www.training.cochrane.org/handbook.

Leff, B. & Burton, J. (1996). Acute medical care in the home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44 (5), 603-605. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8617915#>

Lourenço, O., & Silva, V. (2008). Avaliação Económica de programas de saúde Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 729-752 Retirado de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10572/10308>

Martins, J., & Nogueira, P. (2017). Semântica da informação em saúde. Direção-Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-906570-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

McKenzie, J., Brennan, S., Ryan, R., Thomson, H., Johnston, R., & Thomas, J. (2019). Defining the criteria for including studies and how they will be grouped for the synthesis. In: Higgins J.P.T., Thomas, J., Chandler, J., & Cumpston, M. (Eds), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Retirado de www.training.cochrane.org/handbook.

Mendizábal, P., Garcia, I., Fernández, C., & Canales, M. (2011). *Hospitalización a Domicilio: Recomendaciones Clínicas y Procedimientos* [PDF].

Ministério da Saúde. (2009). Portaria nº132/2009 de 30 de janeiro. *Diário da República*, 1ª série, nº 21, 660-758.

Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº207/2017 de 11 de julho. *Diário da República*, 1ª série, nº 132, 3550-3708

Ministério da Saúde. (2020). Guia de utente. Retirado de <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/cidadao/guia-de-utente/>

Mugford, M., Shemilt, I., Vale, L., Marsh, K., Donaldson, C. & Mallender, J. (2010). From effectiveness to efficiency? An introduction to evidence-based decisions and economics. In I. Shemilt, M. Mugford, L. Vale, K. Marsh, C. Donaldson, & J. Mallender, *Evidence-Based Decisions and Economics: Health Care, Social Welfare, Education and Criminal Justice* (Capítulo 1). Reino Unido: Blackwell Publishing Ltd

Muñoz, S., Takayanagui, A., Santos, C., & Sanchez-Swatman, O. (2002). Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium*. Retirado de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Nunes, B., Soares, M., Wachs, L., Volz, P., Saes, M., Duro, S., ... Facchini, L. (2017). Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. *Revista de Saúde Pública*, 51 (43), 1-9. Retirado de https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006646.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2017). *Viver em Tempos Incertos-sustentabilidade e equidade na saúde: relatório de primavera* (Relatório Primavera

2017). Retirado de [http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio Primavera 2017.pdf](http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem- Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 21/2018 de 30 de janeiro. *Diário da República*, 2ª série, n.º 21, 3478-3487

Patel, A. B., Bang, A., Singh, M., Dhande, L., Chelliah, L. R., Mlik, A., ... ISPOT Study Group (2015) A randomized controlled trial of hospital versus home based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3 – 59 months: The IndiaCLEN Severe Pneumonia Oral Therapy (ISPOT) Study. *BMC Pediatrics*, 15 (186), 1-12. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26577943/>

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model os evidence-based healthcare. *Referência- Internacional Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3 (8), 207-215. Retirado de <https://osieec.osakidetza.eus/extranet/doc/adjuntos/JBI%20model%20of%20evidenc e%20based%20healthcare%202005.pdf>

Pereira, A., & Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 27 (4), 491-498. Retirado de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>

Perroca, MG., & Ek, A-C. (2004). Swedish advanced home care: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (6), 851-858. Retirado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000600002&script=sci_abstract

Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem- Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed

Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. (2007). *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica*. Lisboa: Linha Editorial, Lda.

Rother, E. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 5-6. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (CLinical reasearch ed.)*, 312 (7023), 71-72. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>

Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, 11(1), 83-89 Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8555924>

Samuelson, P., & Nordhaus, W. (2010). *Economics* [PDF]. Retirado de <http://pombo.free.fr/samunord19.pdf>

Secoli, S. R., Nita, M. E., Ono-Nita, S. K., & Nobre, M. (2010). Avaliação De Tecnologia Em Saúde II – A análise de custo-efetividade. *Arquivos de Gastroenterol* 47(4), 329-333. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ag/v47n4/v47n4a02.pdf>

Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., ... Harris, R. (2011) Hospital at home early discharge. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1-112. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175532/pdf/emss-57066.pdf>

Shepperd, S., & Iliffe, S. (2008). Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database Systematic Reviews* (3), 1-91. Retirado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000356.pub2/epdf/standard>

Simões, J., Teixeira, M., Barros, P., Moreira, P., Ferreira, A., Menchero, M., ... Silva, S. (2007). *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde - Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS*. Retirado de: <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/noticias/sustentabilidade+sns.htm>

Soares, E. (1999). *Externalidades negativas e seus impactos no mercado* (Master's thesis, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio

Vargas). Retirado de <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/5362/1199901398.pdf>

Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (1) 46-54 Retirado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/25938/1/rperv1n1%2Cp.45-54.pdf>

Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2017). Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris, E., Munn, Z. (Eds), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Retirado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

U.S. National Library of Medicine. (2019). Medical Subject Headings. Retirado de <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Vianello, A., Savoia, F., Pipitone, E., Nordio, B., Gallina, G., Paladini, L., ... Pegoraro, E. (2013) “Hospital at Home” for Neuromuscular Disease Patients With Respiratory Tract Infection: A Pilot Study. *Respiratory care*, 58 (12), 2061-2068. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23696687/>

Vianna, D. (2010) Há relação entre custo-efetividade de acordo com diferentes metas? *Rev Brasileira de Hipertensão*, 17 (3), 182-185. Retirado de <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/12-relacao.pdf>

Voudris, K., & Silver, M. (2018). Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. *Healthcare (Basel)*, 6 (2), 1-10. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29597247>

World Health Organization. (2003). *Making Choices In Health: Who Guide To Cost-Effectiveness Analysis* [PDF]. Retirado de https://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf

World Health Organization. (2020). Hospitals. Retirado de <https://www.who.int/hospitals/en/>

ANEXOS

ANEXO I - TESTE DE RELEVÂNCIA I

Teste de relevância I		
Questão	Sim	Não
1) O estudo aborda a temática que está a ser investigada?		
OPERACIONALIZAÇÃO: INCLUIR - Estudos com modelo de hospitalização domiciliária e hospitalização clássica com avaliação custo-efetividade - Estudos de hospitalização domiciliária e hospitalização clássica de população de idade pediátrica e/ou idade adulta e/ou idosa EXCLUIR - Estudos de hospitalização domiciliária e hospitalização clássica que abordem outros parâmetros (como satisfação de clientes, risco de queda, entre outros.) - Estudos secundários, artigos de opinião, cartas de leitores e comentários		
2) O estudo foi publicado no período temporal definido pelos investigadores da RSL?		
O estudo foi publicado entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019		
3) O estudo foi publicado no idioma definido pelos investigadores?		
O estudo foi publicado em: português, inglês e espanhol		
4) O estudo está disponível em <i>full text</i> ?		
5) O estudo envolve seres humanos?		

Fonte: Adaptado de Pereira e Bachion (2006)

Teste de relevância I (resultados)												
Estudo	Título do estudo	Ano do estudo	Questão 1		Questão 2		Questão 3		Questão 4		Questão 5	
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1.	Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation	2018	X		X		X		X		X	
2.	A multi-centre randomised trial to compare the effectiveness of geriatrician-led admission avoidance hospital at home versus inpatient admission	2017		X	X		X		X		X	
3.	A cost minimization analysis of occupational therapy discharge planning for older adults: the HOME randomized controlled trial	2018		X	X		X		X		X	
4.	Quality of Life Assessment and Practice Support System in Home Care Services for Older Adults	2016		X	X		X			X	X	
5.	Effectiveness of the “Cancer Home-Life Intervention” on everyday activities and quality of life in people with advanced cancer living at home: a randomised controlled trial and an economic evaluation	2016		X	X		X		X		X	
6.	Cost effectiveness of home ultraviolet B phototherapy for psoriasis: economic evaluation of a randomised controlled trial (PLUTO study)	2010		X	X		X		X		X	
7.	Is home-based palliative care cost-effective? An economic evaluation of the Palliative Care Extended Packages at Home (PEACH) pilot	2013	X		X		X		X		X	
8.	Cost-effectiveness of a home-exercise program among	2015		X	X		X		X		X	

	older people after hospitalization											
9.	Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial	2018		X	X		X		X		X	
10.	Economic evaluation of a nurse-led home and clinic-based secondary prevention programme to prevent progressive cardiac dysfunction in high-risk individuals: The Nurse-led Intervention for Less Chronic Heart Failure (NIL-CHF) randomized controlled study	2017		X	X		X		X		X	
11.	The feasibility of early pulmonary rehabilitation and activity after COPD exacerbations: external pilot randomised controlled trial, qualitative case study and exploratory economic evaluation	2018		X	X		X		X		X	
12.	An economic evaluation of the timing of right stroke family support program	2017		X	X		X		X		X	
13.	Fracture in the Elderly Multidisciplinary Rehabilitation (FEMuR): a phase II randomised feasibility study of a multidisciplinary rehabilitation package following hip fracture	2016		X	X		X		X		X	
14.	Feasibility and cost-effectiveness of a multidisciplinary home-telehealth intervention programme to reduce falls among elderly discharged from hospital: study protocol for a randomized controlled trial	2016		X	X		X		X		X	

15.	Feasibility of a hospital at home setup for older patients with an acute medical illness: recruitment, patient acceptability, healthcare professionals' experiences, and economic evaluation	2017	X		X		X		X	X	
16.	First outline and baseline data of a randomized, controlled multicenter trial to evaluate the health economic impact of home telemonitoring in chronic heart failure - CardioBBEAT	2015		X	X		X		X	X	
17.	Effectiveness and cost-effectiveness of an in-home respite care program in supporting informal caregivers of people with dementia: design of a comparative study	2016		X	X		X		X	X	
18.	A randomised controlled trial of six weeks of home enteral nutrition versus standard care after oesophagectomy or total gastrectomy for cancer: report on a pilot and feasibility study	2015		X	X		X		X	X	
19.	Home-Based Education and Learning Program for Atrial Fibrillation: rationale and Design of the HELP-AF Study	2019		X	X		X		X	X	
20.	The DIVERT-CARE (Collaboration Action Research & Evaluation) Trial	2017		X	X		X		X	X	
21.	People with chronic obstructive pulmonary disease exacerbations prefer early discharge, then treatment at home	2019		X	X		X		X	X	
22.	The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse	2015		X	X		X		X	X	

	specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review											
23.	Increased Hospital-Based Physical Rehabilitation and Information Provision After Intensive Care Unit Discharge: The RECOVER Randomized Clinical Trial	2015		X	X		X		X		X	
24.	Hospital care for acute stroke at the Palestrina hospital: comparison of cost and quality of care with an “hospital at home” care model	2013	X		X			X	X		X	
25.	Hospital-at-home Integrated Care Program for Older Patients With Orthopedic Processes: An Efficient Alternative To Usual Hospital-Based Care	2017	X		X		X		X		X	
26.	Health Economic Evaluation of Home and Hospital-Based Care in T2D Patients on Insulin Therapy	2017	X		X		X		X		X	
27.	Cost-effectiveness of home-based vs. in-hospital treatment of paediatric tuberculous meningitis	2018	X		X		X		X		X	
28.	Comparative economic evaluation of home-based and hospital-based palliative care for terminal cancer patients	2017	X		X		X		X		X	
29.	A systematic review of the cost and economic outcomes of home enteral nutrition	2017		X	X		X		X		X	
30.	Does Primary Care Model Effect Healthcare at the End of Life? A Population-Based Retrospective Cohort Study	2016		X	X		X		X		X	
31.	Creation and assessment of a computerized modelling tool for optimizing planning	2018		X	X		X		X		X	

	of home and hospital-based phototherapy											
32.	Outcomes of Laparoscopic Colectomy in Younger and Older Patients: An Analysis of Nationwide Readmission Database	2016		X	X		X		X		X	
33.	Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain	2017	X		X		X		X		X	
34.	Home versus hospital immunoglobulin treatment for autoimmune neuropathies: A cost minimization analysis	2018		X	X		X		X		X	
35.	A systematic review to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission	2017		X	X		X		X		X	
36.	Cost analysis of a prospective multi-site cohort study of palliative care consultation teams for adults with advanced cancer: Where do cost-savings come from?	2017		X	X		X		X		X	
37.	Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: The Niagara West End-of-Life Shared-Care Project	2011		X	X		X		X		X	
38.	Cost-effectiveness of home versus clinic-based management of chronic heart failure: Extended follow-up of a pragmatic, multicentre randomized trial cohort- The WHICH? study (Which Heart Failure Intervention	2015	X		X		X		X		X	

	Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care)											
39.	Cost and Physician Effort Analysis of Invasive Vs. Noninvasive Respiratory Management of Duchenne Muscular Dystrophy	2015		X	X		X		X		X	
40.	Comparison of Long-term Care in Nursing Homes Versus Home Health: Costs and Outcomes in Alabama	2016		X	X		X		X		X	
41.	Can high-cost spending in the community signal admission to hospital? A dynamic modeling study for urgent and elective cardiovascular patients	2018		X	X		X		X		X	
42.	Rupture prématurée des membranes: peut-on proposer une prise en charge à domicile?	2016		X	X			X	X		X	
43.	Home enteral nutrition reduces complications, length of stay, and health care costs: results from a multicenter study	2014		X	X		X		X		X	
44.	Évaluation médico-économique d'une structure d'hospitalisation à domicile de néonatalogie	2012		X	X			X	X		X	
45.	Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis (Review)	2018		X	X		X		X		X	
46.	EuroEco (European Health Economic Trial on Home Monitoring in ICD Patients): a provider perspective in five European countries on costs and net financial impact of follow-up with or without remote monitoring	2015		X	X		X		X		X	
47.	"Pay for Success" Financing and Home-Based Multicomponent	2018		X	X		X		X		X	

	Childhood Asthma Interventions: Modeling Results From the Detroit Medicaid Population											
48.	“Hospital at Home” For Neuromuscular Disease Patients With Respiratory Tract Infection: A Pilot Study	2013	X		X		X		X		X	
49.	Using Robots at Home to Support Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Pilot Randomized Controlled Trial	2018		X	X		X		X		X	
50.	Cost analysis and cost-effectiveness of NT- proBNP-guided heart failure specialist care in addition to home-based nurse care	2011		X	X		X		X		x	
51.	Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks’ gestation (Review)	2014		X	X		X		X		X	
52.	Hospitalizations Among Nursing Home Residents in the Last Year of Life: Nursing Home Characteristics and Variation in Potentially Avoidable Hospitalizations	2013		X	X		X		X		X	
53.	Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial	2015		X	X		X		X		X	
54.	Perioperative Outcomes, Health Care Costs, And Survival After Robotic-assisted Versus Open Radical Cystectomy: A National Comparative Effectiveness Study	2016		X	X		X		X		X	
55.	Cost Savings and Enhanced Hospice Enrollment with a Home-Based	2014		X	X		X		X		X	

	Palliative Care Program Implemented as a Hospice-Private Payer Partnership											
56.	Cost Analysis of Physician Assistant Home Visit Program to Reduce Readmissions After Cardiac Surgery	2016		X	X		X		X		x	
57.	Advanced COPD patients under Home Mechanical Ventilation and/or Long Term Oxygen Therapy: Italian Healthcare Costs	2011		X	X		X		X		X	
58.	Pressure ulcer multidisciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long term care	2014		X	X		X		X		X	
59.	The financial impact of increasing home-based high dose haemodialysis and peritoneal dialysis	2014	X		X		X		X		x	
60.	The costs of treating terminal patients	2010		X	X		X		X		X	
61.	Direct and indirect costs of fractures due to osteoporosis in Austria	2012		X	X		X		X		X	
62.	Direct costs of adult traumatic spinal cord injury in Ontario	2013		X	X		X		X		X	
63.	Initial and Long-Term Costs of Patient Hospitalized with West Nile Virus Disease	2014		X	X		X		X		X	
64.	At home and on Demand Mechanical Cough Assistance Program for Patients With Amyotrophic Lateral Sclerosis	2010		X	X		X		X		X	
65.	Economic evaluation of immunoglobulin replacement in patients with primary antibody deficiencies	2009		X		X	X		X		X	
66.	Financial Incentive of Home Continuous Positive Airway Pressure Machine Use in the Inpatient Hospital Setting	2014		X	X		X		X		X	

67.	The Cost of Smoking for California's Hispanic Community	2011		X	X		X		X		X	
68.	Valutazione economica del telemonitoraggio domiciliare in malattie polmonari croniche	2011		X	X			X	X		X	
69.	Photothérapie ultraviolette à domicile	2013		X	X			X	X		X	
70.	"Knowing the Places of Care": How Nurses Facilitate Transition of Children with Complex Health Care Needs from Hospital to Home	2016		X	X		X		X		X	
71.	A Cost-Minimization Analysis of Intraoperative Costs in Arthroscopic Bankart Repair, Open Latarjet, and Distal Tibial Allograft	2019		X	X		X		X		X	
72.	A protocol for the process evaluation of a multi-centre randomised trial to compare the effectiveness of geriatrician-led admission avoidance hospital at home versus inpatient admission	2018		X	X		X		X		X	
73.	A randomized controlled trial of hospital versus home based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3 - 59 months: The IndiaCLEN Severe Pneumonia Oral Therapy (ISPOT) Study	2015	X		X		X		X		X	
74.	A Randomized Trial Of 'Hospital At Home'	2012		X	X		X		X		X	
75.	A Transparent and Consistent Approach to Assess US Outpatient Drug Costs for Use in Cost-Effectiveness Analyses	2018		X	X		X		X		X	
76.	A Web-Based Physical Activity Intervention for Spanish-Speaking Latinas: A Costs and	2017		X	X		X		X		X	

	Cost-Effectiveness Analysis											
77.	Acute hospital at home: a new age	2016		X	X		X		X		X	
78.	Admission avoidance: hospital at home	2019		X	X		X		X		X	
79.	Applying risk adjusted cost-effectiveness (RAC-E) analysis to hospitals: estimating the costs and consequences of variation in clinical practice	2013		X	X		X		X		X	
80.	Association of a Bundled Hospital-at-Home and 30-Day Postacute Transitional Care Program With Clinical Outcomes and Patient Experiences	2018		X	X		X		X		X	
81.	Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: a qualitative study among patients	2019		X	X		X		X		X	
82.	Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home	2012		X	X		X		X		X	
83.	Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home	2019		X	X		X		X		X	
84.	Bridging the Gap from Hospital to Home: Implementation of a Malnutrition Transitions of Care Program	2019		X	X		X		X		X	
85.	Building Bridges From Hospital to Home	2016		X	X		X		X		X	
86.	Canadian Hospital and Home Visiting Nurses' Attitudes Toward Families in Transitional Care: A Descriptive Comparative Study	2019		X	X		X		X		X	
87.	Care transition from hospital to home: integrative review	2017		X	X		X		X		X	

88.	Caregiver Perceptions of Hospital to Home Transitions According to Medical Complexity: A Qualitative Study	2016		X	X		X		X		X	
89.	Cervical cancer treatment costs and cost-effectiveness analysis of human papillomavirus vaccination in Vietnam: a PRIME modeling study	2017		X	X		X		X		X	
90.	Comparing Recruitment and Retention Strategies for Rehabilitation Professionals among Hospital and Home Care Employers	2012		X	X		X		X		X	
91.	Comparing the costs of three prostate cancer follow-up strategies: a cost minimisation analysis	2016		X	X		X		X		X	
92.	Comparison of hospital-based and hospital-based home care at diabetes onset in children	2014		X	X		X		X		X	
93.	Comprehensive Cost Analysis of First Step Next for Preschoolers with Disruptive Behavior Disorder: Using Real-World Intervention Data to Estimate Costs at Scale	2019		X	X		X		X		X	
94.	Cost Analysis in Hospitals and Calculation of Unit Costs in Medical Rehabilitation Services	2012		X	X			X	X		X	
95.	Cost-benefit analysis of a preventive intervention for divorced families: reduction in mental health and justice system service use costs 15 years later	2015		X	X		X		X		X	
96.	Cost-effectiveness and cost-utility analyses of hospital-based home care compared to hospital-based care for children diagnosed with type 1 diabetes; a randomised	2016		X	X		X		X		X	

	controlled trial; results after two years' follow-up											
97.	Cost-identification analysis of total laryngectomy: an itemized approach to hospital costs	2011		X	X		X		X		X	
98.	Costs and expected gain in lifetime health from intensive care versus general ward care of 30,712 individual patients: a distribution-weighted cost-effectiveness analysis	2017		X	X		X		X		X	
99.	Costs For 'Hospital At Home' Patients Were 19 Percent Lower, With Equal Or Better Outcomes Compared To Similar Inpatients	2012		X	X		X		X		X	
100	Delivering early care in diabetes evaluation (DECIDE): a protocol for a randomised controlled trial to assess hospital versus home management at diagnosis in childhood diabetes	2011		X	X		X		X		X	
101	Development of a Caregiver-Reported Experience Measure for Pediatric Hospital-to-Home Transitions	2018		X	X		X		X		X	
102	"Did I do as best as the system would let me"? Healthcare professional views on hospital to home care transitions	2012		X	X		X		X		X	
103	Early and Intermediate - Hospital-to-Home Transition Outcomes of Older Adults Diagnosed With Diabetes	2016		X	X		X		X		X	
104	Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care	2019		X	X		X		X		X	
105	Postdischarge Nurse Home Visits and Reuse: The Hospital	2019		X	X		X		X		X	

	to Home Outcomes (H2O) Trial											
106	Project IMPACT Pilot Report: Feasibility of Implementing a Hospital-to-Home Transition Bundle	2017		X	X		X		X		X	
107	Evaluation of the Cincinnati Veterans Affairs Medical Center Hospital-in-Home Program	2018	X		X		X		X		X	
108	Exchange of Information Between Hospital and Home Health Care: A Longitudinal Perspective	2016		X	X		X		X		X	
109	Families' Priorities Regarding Hospital-to-Home Transitions for Children With Medical Complexity	2017		X	X		X		X		X	
110	Feasibility and preliminary effects of an integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: A study protocol	2019		X	X		X		X		X	
111	Foster Caregiver Experience of Pediatric Hospital-to-Home Transitions: A Qualitative Analysis	2018		X	X		X		X		X	
112	From Hospital to Home to Participation: A Position Paper on Transition Planning Poststroke	2019		X	X		X		X		X	
113	Future Costs, Fixed Healthcare Budgets, and the Decision Rules of Cost-Effectiveness Analysis	2016		X	X		X		X		X	
114	Future unrelated medical costs need to be considered in cost effectiveness analysis	2019		X	X		X		X		X	
115	Hidden costs: The ethics of cost-effectiveness analyses for health interventions in resource-limited settings	2017		X	X		X		X		X	
116	Home nasogastric feeding: integration of services to	2017		X	X		X		X		X	

	optimise transition from hospital to home											
117	Hospital at Home as an Enhancement to an Existing Rapid Response Team in a Semirural setting in Scotland	2016		X	X		X		X		X	
118	Hospital at Home: Home-Based end-of-Life Care	2011		X	X		X		X		X	
119	Hospital at Home-Plus: A Platform of Facility-Based Care	2019		X	X		X		X		X	
120	Hospital to Home: A Geriatric Educational Program on Effective Discharge Planning	2014		X	X		X		X		X	
121	Hospital versus home death: results from the Mexican Health and Aging Study	2011		X	X		X		X		X	
122	Hospital-at-home integrated care programme for older patients with orthopaedic conditions: Early community reintegration maximising physical function	2016		X	X		X		X		X	
123	Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: comparison with bed-based Intermediate Care	2017		X	X		X		X		X	
124	Hospital-based home care for children with cancer	2011		X	X		X		X		X	
125	Hospital-based home care for children with cancer: a qualitative exploration of family members' experiences in Denmark	2012		X	X		X		X		X	
126	Hospital-based home care for children with cancer: Feasibility and psychosocial impact on children and their families	2013		X	X		X		X		X	
127	Hospital-to-Home Interventions, Use,	2018		X	X		X		X		X	

	and Satisfaction: A Meta-analysis											
128	How dislocation and professional anxiety influence readiness for change during the implementation of hospital-based home care for children newly diagnosed with diabetes - an ethnographic analysis of the logic of workplace change	2018		X	X		X		X		X	
129	How older people enact care involvement during transition from hospital to home: A systematic review and model	2019		X	X		X		X		X	
130	Identifying communities at high risk of re-admission in Singapore and understanding their needs during transition of care from hospital to home	2017		X	X		X		X		X	
131	Identifying prospective frequent readmitters for hospital to home intervention using machine learning	2019		X	X		X		X		X	
132	Impact of diabetes on healthcare costs in a population-based cohort: a cost analysis	2016		X	X		X		X		X	
133	Implementation and evaluation of an integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: a feasibility study	2019		X	X		X		X		X	
134	Improving Heart Failure Readmission Costs and Outcomes With a Hospital-to-Home Readmission Intervention Program	2019		X	X		X		X		X	
135	Improving Hospital at Home for frail older people: insights from a quality improvement project to achieve	2017		X	X		X		X		X	

	change across regional health and social care sectors											
136	Improving nutritional discharge planning and follow up in older medical inpatients: Hospital to Home Outreach for Malnourished Elders	2018		X	X		X		X		X	
137	Improving the Transition from Hospital to Home for Clinically Complex Children	2018		X	X		X		X		X	
138	Individualised dietary counselling for nutritionally at-risk older patients following discharge from acute hospital to home: a systematic review and meta-analysis	2016		X	X		X		X		X	
139	Informal caregiver strain, preference and satisfaction in hospital-at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: Results of a randomised controlled trial	2014		X	X		X		X		X	
140	Integrated care for elderly receiving hospital-at-home care: Designing an innovative home-based programme	2018		X	X		X		X		X	
141	Integrated comprehensive care-bundled care and funding: transition from hospital to home	2019		X	X		X		X		X	
142	Internal and external environmental factors affecting the performance of hospital-based home nursing care	2011		X	X		X		X		X	
143	Intervening Conditions of Hospital-Based Home Care for People with Severe Mental Illness	2012		X	X		X		X		X	
144	Is early discharge with hospital-assisted home care really safe?	2016		X	X		X		X		X	
145	Measurement of function in older	2018		X	X		X		X		X	

	adults transitioning from hospital to home: an integrative review											
146	Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland	2018		X	X		X		X		X	
147	Metabolic control, healthcare satisfaction and costs 1 month after diagnosis of type 1 diabetes: a randomised controlled trial of hospital-based care vs. hospital-based home care	2012		X	X		X		X		X	
148	Nurse identified hospital to home medication discrepancies: implications for improving transitional care	2010		X	X		X		X		X	
149	Opioid Use at the End of Life and Survival in a Hospital at Home Unit	2010		X	X		X		X		X	
150	Patient preference and satisfaction in hospital-at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: Results of a randomised controlled trial	2013		X	X		X		X		X	
151	Perceptions of recovery during the early transition phase from hospital to home following acquired brain injury: A journey of discovery	2011		X	X		X		X		X	
152	Practical Recommendations for Transitioning Patients with Type 2 Diabetes from Hospital to Home	2017		X	X		X		X		X	
153	Quality of Transition From Hospital to Home: The Influence of Nurse- and Patient-Reported Readiness	2018		X	X		X		X		X	
154	Rapid response: a multiprofessional approach to hospital at home	2018		X	X		X		X		X	

155	Real-world cost analysis of chemotherapy for colorectal cancer in Japan: detailed costs of various regimens during the entire course of chemotherapy	2016		X	X		X		X		X	
156	Safer transitioning Optimising Frail Elderly Patients Care From Hospital to Home	2017		X	X		X		X		X	
157	Safety Considerations When Transitioning the Elderly from Hospital to Home	2015		X	X		X		X		X	
158	Sentinel Events During the Transition From Hospital to Home: A Longitudinal Study of Women With Traumatic Brain Injury	2016		X	X		X		X		X	
159	Starting Up a Hospital at Home Program: Facilitators and Barriers to Implementation	2019		X	X		X		X		X	
160	Strategies to support transitions from hospital to home for children with medical complexity: A scoping review	2017		X	X		X		X		X	
161	Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: Next of kin's experiences during the transition process of an older person in transition from hospital to home	2015		X	X		X		X		X	
162	Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home	2018		X	X		X		X		X	
163	Successful HANDOFF? A good discharge planning process follows a patient across the continuum of care from hospital to home	2017		X	X		X		X		X	
164	Telephone Calls Postdischarge From Hospital to Home: A Literature Review	2014		X	X		X		X		X	

165	Testing a post-discharge nurse-led transitional home visit in acute care pediatrics: the Hospital-To-Home Outcomes (H2O) study protocol	2016		X	X		X		X		X	
166	The 6 A's Global Transitional Care Model for Addressing Hospital-to-home Care Fragmentation	2018		X	X		X		X		X	
167	The Community Intervention Team as a means of Improving the transition from hospital to home for patients	2017		X	X		X		X		X	
168	The cost of robotics: an analysis of the added costs of robotic-assisted versus laparoscopic surgery using the National Inpatient Sample	2019		X	X		X		X		X	
169	The effect of adapting Hospital at Home to facilitate implementation and sustainment on program drift or voltage drop	2019		X	X		X		X		X	
170	The experience of patients and family caregivers during hospital-at-home in France	2019		X	X		X		X		X	
171	The functions of hospital-based home care for people with severe mental illness in Taiwan	2010		X	X		X		X		X	
172	The Hospital at Home program: no place like home	2017		X	X		X		X		X	
173	The role of hospice in the transition from hospital to home for technology-dependent children-A qualitative study	2018		X	X		X		X		X	
174	The significance of professional roles in collaboration on patients' transitions from hospital to home via an intermediate unit	2014		X	X		X		X		X	
175	Transition experiences between hospital-and home-care for	2018		X	X		X		X		X	

	parents of children with hypoplastic left heart syndrome											
176	User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives	2018		X	X		X		X		X	
177	User experience and care integration in transitional care for older people from hospital to home	2017		X	X		X		X		X	
178	What Strategies Do Physicians and Patients Discuss to Reduce Out-of-Pocket Costs? Analysis of Cost-Saving Strategies in 1,755 Outpatient Clinic Visits	2016		X	X		X		X		X	

ANEXO II - TESTE DE RELEVÂNCIA II

Teste de relevância II		
Questão	Sim	Não
1) O estudo aborda a temática que está a ser investigada?		
OPERACIONALIZAÇÃO: INCLUIR - Estudos com modelo de hospitalização domiciliária e hospitalização clássica com avaliação custo-efetividade - Estudos de hospitalização domiciliária e hospitalização clássica de população de idade pediátrica e/ou idade adulta e/ou idosa EXCLUIR - Estudos de hospitalização domiciliária que abordem outros parâmetros (como satisfação de clientes, risco de queda, entre outros.) - Estudos secundários, artigos de opinião, cartas de leitores e comentários		
2) O estudo foi publicado no período temporal definido pelos investigadores da RSL?		
OPERACIONALIZAÇÃO: INCLUIR Estudos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019		
3) O estudo foi publicado no idioma definido pelos investigadores?		
O estudo foi publicado em: português, inglês e espanhol		
4) O estudo envolve seres humanos?		

Fonte: Adaptado de Pereira e Bachion (2006)

Teste de relevância II (resultados)										
Estudo	Título do estudo	Ano do estudo	Questão 1 Tema		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Humanos	
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation	2018	X		X		X		X	
7	Is home-based palliative care cost-effective? An economic evaluation of the Palliative Care Extended Packages at Home (PEACH) pilot	2015		X	X		X		X	

25	Hospital-at-home Integrated Care Program for Older Patients With Orthopedic Processes: An Efficient Alternative To Usual Hospital-Based Care	2017		X	X		X		X	
26	Health Economic Evaluation of Home and Hospital-Based Care in T2D Patients on Insulin Therapy	2017		X	X		X		X	
27	Cost-effectiveness of home-based vs. in-hospital treatment of paediatric tuberculous meningitis	2018	X		X		X		X	
28	Comparative economic evaluation of home-based and hospital-based palliative care for terminal cancer patients	2017		X	X		X		X	
33	Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain	2017	X		X		X		X	
38	Cost-effectiveness of home versus clinic-based management of chronic heart failure: Extended follow-up of a pragmatic, multicentre randomized trial cohort- The WHICH? study (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care)	2015		X	X		X		X	
48	"Hospital at Home" For Neuromuscular Disease Patients with Respiratory Tract Infection: A Pilot Study	2013	X		X		X		X	
59	The financial impact of increasing home-based high dose haemodialysis and peritoneal dialysis	2014		X	X		X		X	
73	A randomized controlled trial of hospital versus home based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3 - 59 months: The IndiaCLEN Severe Pneumonia Oral Therapy (ISPOT) Study	2015	X		X		X		X	
107	Evaluation of the Cincinnati Veterans Affairs Medical Center Hospital-in-Home Program	2018	X		X		X		X	

ANEXO III - TABELAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS E1; E48; E73; E33; E107; E27

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados (RCT's) (Apóstolo, 2017)

Estudo 1- *“Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation”*

Critérios		Sim	Não	Não está claro	NA*
1	A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	1	0	0	0
2	A alocação aos grupos foi cega?	1	0	0	0
3	Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	1	0	0	0
4	Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	0	0	0	1
5	Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	0	0	0	1
6	Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	0	0	0	1
7	Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	1	0	0	0
8	O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	1	0	0	0
9	Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	1	0	0	0
10	Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	1	0	0	0
11	Os resultados foram medidos de forma confiável?	1	0	0	0
12	Foi utilizada análise estatística apropriada?	1	0	0	0
13	O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um RCT durante as fases de desenvolvimento ou análise?	1	0	0	0

*NA- Não Aplicado

Score	Nível de qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto

Avaliação global:

Incluído [x]	Excluído []	Necessário mais informação []
--------------	--------------	--------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados (RCT's)- Apóstolo (2017)

Estudo 48- *“Hospital at Home” For Neuromuscular Disease Patients With Respiratory Tract Infection: A Pilot Study*

Critérios		Sim	Não	Não está claro	NA*
1	A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	1	0	0	0
2	A alocação aos grupos foi cega?	1	0	0	0
3	Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	1	0	0	0
4	Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	0	0	0	1
5	Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	0	0	0	1
6	Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	0	0	0	1
7	Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	1	0	0	0
8	O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	1	0	0	0
9	Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	1	0	0	0
10	Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	1	0	0	0
11	Os resultados foram medidos de forma confiável?	1	0	0	0
12	Foi utilizada análise estatística apropriada?	1	0	0	0
13	O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um RCT durante as fases de desenvolvimento ou análise?	1	0	0	0

*NA- Não Aplicado

Score	Nível de qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessário mais informação []
--------------	--------------	--------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados (RCT's)- Apóstolo (2017)

Estudo 73- "A randomized controlled trial of hospital versus home based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3 - 59 months: The IndiaCLEN Severe Pneumonia Oral Therapy (ISPOT) Study"

Critérios		Sim	Não	Não está claro	NA*
1	A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	1	0	0	0
2	A alocação aos grupos foi cega?	1	0	0	0
3	Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	1	0	0	0
4	Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	0	0	0	1
5	Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	0	0	0	1
6	Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	0	0	0	1
7	Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	1	0	0	0
8	O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	1	0	0	0
9	Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	1	0	0	0
10	Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	1	0	0	0
11	Os resultados foram medidos de forma confiável?	1	0	0	0
12	Foi utilizada análise estatística apropriada?	1	0	0	0
13	O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um RCT durante as fases de desenvolvimento ou análise?	1	0	0	0

*NA- Não Aplicado

Score	Nível de qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessário mais informação []
--------------	--------------	--------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos de avaliações económicas- JBI (2017)

Estudo 33- *“Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain”*

Critérios		Sim	Não	Não está claro	NA*
1	A questão está bem definida?	1	0	0	0
2	As alternativas estão descritas de forma compreensiva?	1	0	0	0
3	Todos os custos e resultados importantes e relevantes para cada alternativa foram identificados?	1	0	0	0
4	Foi estabelecida a efetividade clínica?	1	0	0	0
5	Os custos e os resultados são medidos com precisão?	1	0	0	0
6	Os custos e os resultados são avaliados com credibilidade?	1	0	0	0
7	Os custos e os resultados são ajustados para tempos diferentes?	1	0	0	0
8	Existe uma análise incremental de custos e consequências?	0	0	1	0
9	Foram realizadas análises de sensibilidade para investigar incerteza nas estimativas de custo ou consequências?	0	0	1	0
10	Os resultados do estudo incluem todas as questões que interessam aos usuários?	1	0	0	0
11	Os resultados são generalizáveis ao cenário de interesse em revisão?	1	0	0	0

*NA- Não Aplicado

Score	Nível de qualidade
0-4	Baixo
5-8	Moderado
9-11	Alto

Avaliação global

Incluído [x]	Excluído []	Necessário mais informação []
--------------	--------------	--------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos de avaliações econômicas- JBI (2017)

Estudo 107- *“Evaluation of the Cincinnati Veterans Affairs Medical Center Hospital-in-Home Program”*

Critérios		Sim	Não	Não está claro	NA*
1	A questão está bem definida?	0	0	1	0
2	As alternativas estão descritas de forma compreensiva?	0	1	0	0
3	Todos os custos e resultados importantes e relevantes para cada alternativa foram identificados?	0	1	0	0
4	Foi estabelecida a efetividade clínica?	1	0	0	0
5	Os custos e os resultados são medidos com precisão?	0	0	1	0
6	Os custos e os resultados são avaliados com credibilidade?	0	0	1	0
7	Os custos e os resultados são ajustados para tempos diferentes?	0	0	1	0
8	Existe uma análise incremental de custos e consequências?	1	0	0	0
9	Foram realizadas análises de sensibilidade para investigar incerteza nas estimativas de custo ou consequências?	0	1	0	0
10	Os resultados do estudo incluem todas as questões que interessam aos usuários?	1	0	0	0
11	Os resultados são generalizáveis ao cenário de interesse em revisão?	1	0	0	0

*NA- Não Aplicado

Score	Nível de qualidade
0-4	Baixo
5-8	Moderado
9-11	Alto

Avaliação global

Incluído []	Excluído [x]	Necessário mais informação []
--------------	--------------	--------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos de avaliações económicas- JBI (2017)

Estudo 27- “Cost-effectiveness of home-based vs. in-hospital treatment of paediatric tuberculous meningitis”

Critérios		Sim	Não	Não está claro	NA*
1	A questão está bem definida?	1	0	0	0
2	As alternativas estão descritas de forma compreensiva?	1	0	0	0
3	Todos os custos e resultados importantes e relevantes para cada alternativa foram identificados?	1	0	0	0
4	Foi estabelecida a efetividade clínica?	1	0	0	0
5	Os custos e os resultados são medidos com precisão?	1	0	0	0
6	Os custos e os resultados são avaliados com credibilidade?	1	0	0	0
7	Os custos e os resultados são ajustados para tempos diferentes?	1	0	0	0
8	Existe uma análise incremental de custos e consequências?	1	0	0	0
9	Foram realizadas análises de sensibilidade para investigar incerteza nas estimativas de custo ou consequências?	1	0	0	0
10	Os resultados do estudo incluem todas as questões que interessam aos usuários?	1	0	0	0
11	Os resultados são generalizáveis ao cenário de interesse em revisão?	1	0	0	0

*NA- Não Aplicado

Score	Nível de qualidade
0-4	Baixo
5-8	Moderado
9-11	Alto

Avaliação global

Incluído [x]	Excluído []	Necessário mais informação []
--------------	--------------	--------------------------------

