

Processo de desospitalização e atenção domiciliar no Brasil e seus fatores associados

Process of dehospitalization and home care in Brazil and its associated factors

Proceso de deshospitalización y atención de salud a domicilio en Brasil y sus factores asociados

Recebido: 28/02/2023 | Revisado: 16/03/2023 | Aceitado: 17/03/2023 | Publicado: 23/03/2023

Maria Lara Salviano Vital Rangel

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7598-2932>

Centro Universitário de João Pessoa, Brasil

E-mail: larasalviano@hotmail.com

Resumo

Objetivo: identificar os fatores limitantes para a efetivação do processo de desospitalização e do funcionamento da atenção domiciliar no Brasil e seus fatores associados. **Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com caráter qualitativo, com a seguinte questão norteadora: “quais são os fatores limitantes para a efetivação da desospitalização no Brasil, qual a contribuição da assistência humanizada nesse processo e quais as dificuldades e potencialidades dessa estratégia para a continuidade do cuidado?”. Utilizou-se como descritores em ciências da saúde (DECS) “Desospitalização” AND “Atenção domiciliar”, no mecanismo de dispositivo de busca do google acadêmico (*Google Scholar*). A amostra final é formada por 11 estudos. **Resultados:** as principais evidências encontradas na literatura relacionadas com a desospitalização relacionam-se com a individualização na organização e planejamento desse processo e as condutas da equipe multiprofissional voltadas para a elaboração de um plano terapêutico direcionado para a assistência domiciliar com aproximação entre profissionais da equipe multiprofissional e a família, promovendo orientações e treinamentos. Fatores como o reconhecimento do usuário, cuidador e família, identificar dificuldades e buscar meios para superá-las de forma eficaz e criativa são essenciais para garantir a funcionalidade da atenção domiciliar. **Considerações Finais:** O processo de desospitalização mostrou-se complexo e dependente de relações entre a gestão da instituição, os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a rede de atenção à saúde (RAS). Observou-se que durante o processo de desospitalização, a família deve ser valorizada e receber atenção e apoio por parte da equipe interdisciplinar, além do treinamento necessário para atuar como cuidadores capacitados.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Atenção domiciliar à saúde; Equipe multiprofissional.

Abstract

Objective: to identify the limiting factors for the effectiveness of the process of dehospitalization and the functioning of home care in Brazil and its associated factors. **Methods:** An integrative review of the literature was carried out with a qualitative character, with the following guiding question: "what are the limiting factors for the effectiveness of dehospitalization in Brazil, what is the contribution of humanized assistance in this process and what are the difficulties and potentialities of this strategy for continuity of care?" "Dehospitalization" AND "Home care" were used as descriptors in health sciences (DECS) in the Google Scholar search engine (*Google Scholar*). The final sample consists of 11 studies. **Results:** the main evidence found in the literature related to dehospitalization is related to the individualization in the organization and planning of this process and the conduct of the multidisciplinary team aimed at the elaboration of a therapeutic plan aimed at home care with approximation between professionals of the multidisciplinary team and the family, providing guidance and training. Factors such as user, caregiver and family recognition, identifying difficulties and seeking ways to overcome them effectively and creatively are essential to guarantee the functionality of home care. **Final Considerations:** The dehospitalization process proved to be complex and dependent on relationships between the institution's management, health professionals, users, their families and the health care network (RAS). It was observed that during the dehospitalization process, the family should be valued and receive attention and support from the interdisciplinary team, in addition to the necessary training to act as capable caregivers.

Keywords: Home care services; Home health care; Patient care team.

Resumen

Objetivo: identificar los factores limitantes para la efectividad del proceso de deshospitalización y el funcionamiento de la atención domiciliar en Brasil y sus factores asociados. **Métodos:** Se realizó una revisión integradora de la literatura con carácter cualitativo, con la siguiente pregunta orientadora: "¿cuáles son los factores limitantes para la efectividad de la deshospitalización en Brasil, cuál es la contribución de la asistencia humanizada en este proceso y cuáles son las dificultades y potencialidades de esta estrategia para la continuidad del cuidado? Se utilizaron como descriptores en ciencias de la salud (DECS) “Desospitalización” Y “Atención domiciliar” en el buscador Google Scholar (*Google Scholar*). La muestra final consta de 11 estudios. **Resultados:** la principal evidencia encontrada en la

literatura relacionada con la deshospitalización está relacionada con la individualización en la organización y planificación de este proceso y la conducta del equipo multidisciplinario encaminada a la elaboración de un plan terapéutico dirigido a la atención domiciliar con aproximación entre profesionales del equipo multidisciplinario y la familia, brindando orientación y capacitación. Factores como el reconocimiento del usuario, del cuidador y de la familia, la identificación de las dificultades y la búsqueda de formas de superarlas de manera efectiva y creativa son fundamentales para garantizar la funcionalidad de la atención domiciliar. Consideraciones Finales: El proceso de deshospitalización se mostró complejo y dependiente de las relaciones entre la dirección de la institución, los profesionales de salud, los usuarios, sus familias y la red de atención a la salud (RAS). Se observó que durante el proceso de deshospitalización, la familia debe ser valorizada y recibir atención y apoyo del equipo interdisciplinario, además de la formación necesaria para actuar como cuidadores capaces.

Palabras clave: Servicios de atención de salud a domicilio; Atención de salud a domicilio; Grupo de atención al paciente.

1. Introdução

As altas taxas de internações em todo o mundo estão diretamente relacionadas ao sistema hospitalocêntrico instalado na saúde por tantos anos. Atualmente, em vários países, investe-se na descentralização do cuidado, focado em hospitais, para programas de acompanhamento domiciliar, assim como para as próprias unidades de saúde da família, envolvendo promoção à saúde, rastreio, cuidado às afecções já instaladas e prevenção de complicações. O termo desospitalização se refere à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, favorecendo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reinserção da pessoa na rede, considerando os princípios da humanização, continuidade do cuidado e participação da família, sendo considerado um dos “eixos centrais do atendimento domiciliar” (Siva et al., 2017; Olario *et al.*, 2018).

A atenção domiciliar é uma das formas possíveis de prestar cuidados à pessoa com câncer em cuidados paliativos e seus familiares, com a otimização do processo de transição de cuidados, como previsto nas políticas públicas brasileiras e internacionais envolvidas neste contexto, bem como no cenário internacional, possibilitando a articulação com as diferentes instâncias que compõe a rede de atenção à saúde, buscando deste modo estratégias para solucionar as lacunas no atendimento às demandas de cuidados da pessoa e da família, de modo integrado e multidisciplinar. Dessa forma, desospitalização refere-se além da retirada da pessoa do hospital, sendo um termo compreendido como um ato de continuidade das ações iniciadas no ambiente intra-hospitalar, bem como a manutenção da articulação em rede, de forma integrada e humana (Olario *et al.*, 2018).

Assim, a transição do cuidado é uma estratégia que pode melhorar a realidade dos serviços de saúde e dos seus indicadores de qualidade, podendo diminuir a necessidade de reinternação e de serviços emergenciais e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Define-se a transição do cuidado como as intervenções que coordenam o cuidado ao paciente ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde. Os custos com assistência em saúde são muito altos, o que torna necessário fornecer prioridade aos leitos hospitalares para patologias agudas ou descompensadas (Silva et al., 2017; Gheno & Weiss, 2021).

A assistência domiciliar favorece a redução dos custos operacionais dos serviços, na medida em que proporciona a diminuição do tempo médio de permanência nas instituições de internação, redução do número de reinternações, diminuição de complicações infecciosas sucedidas de hospitalizações prolongadas e aumento da adesão do paciente ao tratamento. A mudança da terapia endovenosa para a via oral permite a alta hospitalar precoce do paciente. Este ocasiona diminuição do risco de contrair infecções, economia com os custos da hospitalização, racionaliza a demanda dos leitos hospitalares, reduz os custos da assistência, proporciona maior conforto para o paciente e sua família, além de tornar o cuidado mais humanizado. Esse instrumento normativo define um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação da saúde prestada no domicílio, com garantia de continuidade de cuidados integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Vasconcellos *et al.*, 2015; Lima *et al.*, 2022).

Nesse sentido, na busca por maior compartilhamento do cuidado e da gestão, é instituída a Rede de Atenção à Saúde (RAS), estruturada com base na articulação entre diferentes equipamentos de saúde, com diferentes densidades tecnológicas e que tem como objetivo ampliar a integração dos recursos assistenciais buscando superar a fragmentação assistencial para,

dessa forma, garantir a integralidade do cuidado. A Atenção Domiciliar (AD) promove desospitalização de usuários em condição clínica estável e a humanização da atenção à saúde em contraposição à valorização exclusiva do saber médico, sendo organizada pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), associada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e fornece especial importância à participação ativa de usuários e cuidadores (Olario *et al.*, 2018; Bertagnoli *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2022).

Neste contexto de interface e estreita interrelação, o SAD atua a partir da ação de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), responsáveis pelo cuidado direto à população, oferecendo serviço complementar e substitutivo à internação hospitalar, de modo a otimizar recursos financeiros e estruturais, evitar hospitalizações desnecessárias mantendo, sempre que possível, o usuário em ambiente domiciliar para diminuir riscos de contaminação e comorbidades em ambiente hospitalar (Brasil, 2016; Bertagnoli *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2022).

Apoiada nas relações estabelecidas entre usuário, família, cuidadores e equipe multiprofissional de saúde, o SAD realiza suas atividades majoritariamente no contexto domiciliar, atuando em parceria com o cuidador e executando ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. Em contraposição à lógica do modelo hegemônico, médico-centrado e hospitalocêntrico, é dada especial importância à participação ativa dos usuários e seus cuidadores, entendendo que esta parceria pode operar no sentido de diminuir ou até eliminar fatores que colocam em risco a saúde dos usuários (Bertagnoli *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2022).

Assim, a atenção domiciliar objetiva promover a humanização do cuidado com valorização da participação ativa da família e do usuário no processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários. Isso demanda das equipes de saúde escuta qualificada para identificar demandas e captar as necessidades do usuário, muitas vezes ocultas pela "tradicional linguagem da doença". Ela se destaca como campo de atuação que pode ajudar profissionais da Atenção Básica a desenvolver análise ampliada das necessidades dos usuários com consideração dos aspectos contextuais e ambientais, importante sendo uma importante ferramenta para manutenção de um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade, num cenário ainda marcado por práticas fragmentadas de cuidado (Bertagnoli *et al.*, 2021).

Nesse sentido, é importante a junção entre a capacidade dialógica e habilidade de pactuação exercitadas pela equipe para aumentar a capacidade de cuidado no contexto do paciente e promover vínculos entre a família e cuidadores e a equipe de saúde. Isso porque, quando há desvalorização da voz da família e imposição de plano terapêutico embasado pelo saber estritamente técnico, os fluxos relacionais diminuem a potência do cuidado na família, podendo dificultar o processo de assistência de modo amplo (Bertagnoli *et al.*, 2021).

O planejamento da alta deve iniciar a partir do momento da internação para garantir que o paciente deixe o hospital no momento apropriado e com a organização adequada das necessidades pós-alta. Alguns componentes essenciais que devem ser seguidos nesse processo são o envolvimento do paciente e da família, a comunicação, a colaboração entre os membros da equipe, a educação adequada ao paciente e à família e a continuidade do atendimento nos serviços de saúde, caso seja necessário. O processo de alta é desafiador para as equipes, pois exige organização, empenho e trabalho multidisciplinar, assim como o pós-alta é um momento de apreensão para o paciente e seus familiares devido aos riscos de eventos adversos. Por isso, um planejamento da alta adequado é essencial, pois, além de auxiliar no trabalho das equipes, traz benefícios e mais segurança ao paciente (Gheno & Weiss, 2021).

Para melhorar o processo de desospitalização e de pós-alta, sugere-se a preparação de um plano de cuidados; a garantia da segurança do paciente por meio da realização da reconciliação medicamentosa ajustada às mudanças ocorridas durante a hospitalização; a padronização do processo de alta com a elaboração de notas de alta bem estruturadas e a melhora da comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Além disso, a participação de enfermeiros no processo de transição de cuidados para a alta vem crescendo, estando relacionada ao perfil dos enfermeiros em atividades de planejamento,

organização e prestação de cuidados integrais e seguros, que iniciam desde a internação e devem seguir após a alta hospitalar (Gheno & Weiss, 2021).

A transição do hospital para o domicílio é um momento delicado, pois é nesse período que o paciente está mais propenso a eventos adversos, os quais podem ocorrer por erros envolvendo medicamentos e por falhas de comunicação. A revisão dos medicamentos é essencial nesse processo de desospitalização e deve ser realizada no momento da admissão e da alta. Além disso, as orientações ao paciente sobre o uso das medicações também são importantes para evitar o risco de eventos adversos, devendo acontecer ao longo da internação e não apenas no dia da alta (Gheno & Weiss, 2021).

O estabelecimento de vínculos positivos entre a equipe de AD, cuidadores e usuários pode ser promovido com o apoio de processos de gestão compartilhada, capazes de facilitar a identificação de objetivos comuns entre eles e desenvolver um sentido de coletividade que organiza e dá coerência às atividades de cuidado desenvolvidas. Essa estratégia favorece o comprometimento com o processo, em oposição à simples obediência característica de práticas verticais de gestão, possibilitando o estabelecimento de relação horizontal entre profissionais e cuidadores, com livre expressão e respeito às opiniões (Bertagnoli *et al.*, 2021).

Dessa forma, este estudo busca identificar as evidências disponíveis na literatura sobre as perspectivas e dificuldades de desospitalização no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A desospitalização ainda é um assunto pouco explorado na literatura e a atuação humanizada da equipe multiprofissional como facilitadora desse processo é um fator diferencial de auxílio no processo de transferência do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio. Assim, buscou-se demonstrar as potencialidades do processo de desospitalização, que minimiza riscos de reinfecção e possibilita que o paciente dê continuidade ao tratamento junto à sua família. Com isso, formulou-se a questão norteadora: “quais são os fatores limitantes para a efetivação da desospitalização no Brasil, qual a contribuição da assistência humanizada nesse processo e quais as dificuldades e potencialidades dessa estratégia para a continuidade do cuidado?”.

2. Metodologia

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa que toma como base a prática baseada em evidências, com caráter qualitativo, permitindo a incorporação das principais evidências existentes na literatura para auxiliar a prática clínica, fundamentando-se em conhecimento científico, o que pode fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado assunto analisado (Sousa *et al.*, 2017).

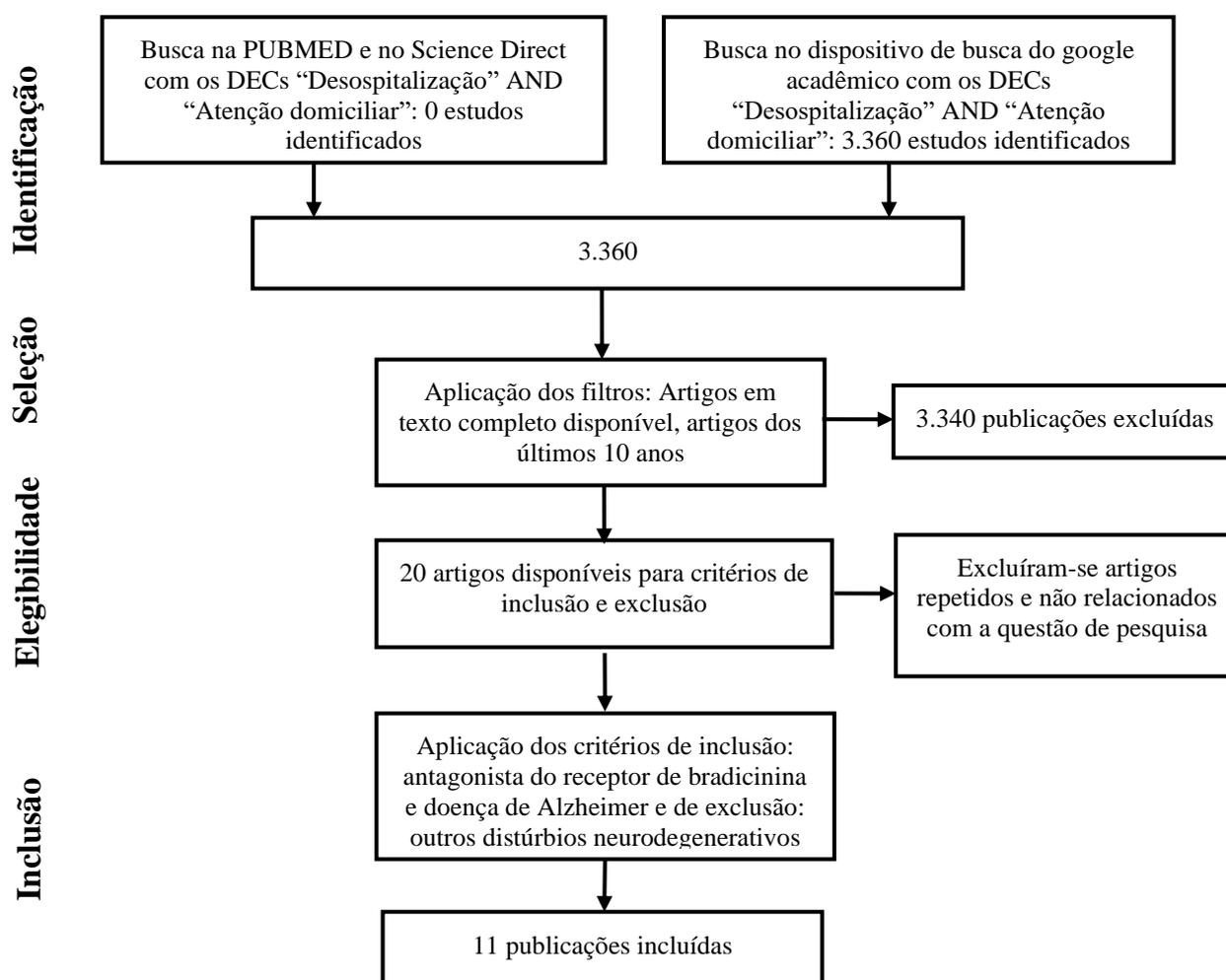
Esse método necessita da formulação de um problema de pesquisa, a pesquisa realizada para busca de literatura, avaliação crítica de um conjunto de dados juntamente com sua análise e posterior apresentação dos resultados. Assim, esse tipo de estudo possibilita reunir e sintetizar os principais resultados de pesquisas realizadas sobre determinado tema ou questão de pesquisa, de forma sistemática, detalhada e ordenada, contribuindo para a construção e fortalecimento do conhecimento sobre o tema que se investiga (Sousa *et al.*, 2017).

Segundo Sousa *et al.* (2017), as principais etapas que devem ser seguidas para a construção de uma revisão integrativa são:

1 – Identificação do tema, seleção da hipótese e questão de pesquisa: etapa considerada a norteadora na condução de uma revisão integrativa. Aqui, delimitou-se como questão de norteadora o seguinte questionamento: “quais são os fatores limitantes para a efetivação da desospitalização no Brasil, qual a contribuição da assistência humanizada nesse processo e quais as dificuldades e potencialidades dessa estratégia para a continuidade do cuidado?”, tendo-se como hipótese que a desospitalização no Brasil ainda enfrenta problemas de protocolo governamental e de treinamento das equipes multiprofissionais envolvidas nesse processo.

2 – Seleção de critérios de inclusão e de exclusão para seleção dos estudos: importante para incluir os estudos mais relevantes existentes na literatura sobre o tema que se deseja pesquisa. Realizou-se uma busca na Medical Publisher (PUBMED) e no Science Direct com os seguintes descritores em saúde (DECs): (Desospitalização) AND (Atenção domiciliar) relacionados entre si por meio do operador booleano “AND”. Entretanto, não foram identificados artigos com esses descritores nessas bases de dados. Com isso, procedeu-se com a busca por meio do dispositivo de busca do google acadêmico (*Google Scholar*), tendo sido identificados 11 estudos. Os critérios selecionados foram artigo em texto completo disponível, artigos dos últimos 10 anos, critérios de inclusão (artigos avaliando a desospitalização no Brasil e as características da atenção domiciliar) e critérios de exclusão (artigos abordando outras questões que não as de desospitalização de pacientes). Essa etapa está sintetizada no fluxograma da Figura 1.

Figura 1 - Etapas seguidas para seleção dos estudos que compõem a amostra final do presente estudo.



Fonte: Rangel, MLSV (2023).

3 – Seleção das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (categorização dos estudos): Para realizar a categorização dos estudos, as informações foram filtradas, interpretadas, extraídas e divididas em atenção domiciliar, crianças dependentes de tecnologia, equipe de enfermagem, população idosa e treinamento dos cuidadores, conforme pode ser observado nos quadros 2 e 3.

4 – Avaliação dos estudos escolhidos para compor a revisão: os estudos selecionados para compor essa revisão foram classificados conforme autor e ano de publicação, título do artigo, revista de publicação, base de dados de origem e país de publicação. Esses dados estão apresentados no quadro 1.

5 – Interpretação dos resultados: as informações encontradas relacionadas com os fatores limitantes da desospitalização no Brasil, com a assistência humanizada com as dificuldades e potencialidades dessa estratégia para a continuidade do cuidado foram identificadas, interpretadas e extraídas para responder à questão de pesquisa desse estudo.

6 – Apresentação da revisão (síntese do conhecimento): aqui, objetivou-se reunir e sintetizar as principais informações e evidências existentes na literatura relacionadas com o tema em questão. Por fim, realizou-se a construção da argumentação para detalhar as informações encontradas e defender a questão de pesquisa.

3. Resultados

Conforme pode ser observado no Quadro 1, é possível afirmar que do total de onze estudos (N=11 – 100%), três (N=3 – 27%) são revisões da literatura, seis (N=6 – 54%) são estudos observacionais, um relato de experiência e um estudo de campo. Todos os estudos foram encontrados por meio do dispositivo de busca do google acadêmico e todos foram realizados no Brasil.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados conforme autores e ano de publicação, título, tipo de estudo, base de dados de publicação e país de origem.

Autores (ano)	Título do artigo	Tipo de estudo	Base de Dados	País
Silva; Queiroz; Maia, (2021)	As perspectivas da desospitalização no Brasil e a assistência humanizada como coadjuvante neste processo: uma revisão de literatura	Revisão narrativa	Google Scholar	Brasil
Sousa; Santos, (2021)	O processo de desospitalização sob a ótica de pacientes com doenças crônicas de longa permanência internados em um hospital universitário	Estudo transversal	Google Scholar	Brasil
Klein <i>et al.</i> (2021)	Desospitalização de crianças dependentes de tecnologias: perspectiva da equipe multiprofissional de saúde	Estudo observacional	Google Scholar	Brasil
Novais <i>et al.</i> (2021)	Fatores associados à desospitalização de Crianças e adolescentes com condição Crônica complexa	Estudo retrospectivo	Google Scholar	Brasil
Sato <i>et al.</i> (2022)	Preparo de cuidadores para desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia: perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar	Estudo observacional	Google Scholar	Brasil
Oliveira; Boniatti; Filippin, (2021)	O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para pratica do cuidado domiciliar	Relato de experiência	Google Scholar	Brasil
Rajão; Martins, (2020)	Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde	Revisão narrativa	Google Scholar	Brasil
Silva; Sena; Castro, (2017)	A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades	Estudo transversal	Google Scholar	Brasil
Sousa (2018)	A atenção domiciliar na desospitalização de pacientes	Estudo de campo	Google Scholar	Brasil
Bajotto <i>et al.</i> (2012)	Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS	Estudo transversal	Google Scholar	Brasil
Sena; Queiroz, (2019)	Programas de atenção domiciliar no processo de desospitalização nas redes de assistência à saúde	Revisão integrativa	Google Scholar	Brasil

Fonte: Rangel, MLSV (2023).

Conforme pode ser observado no Quadro 2, as principais evidências encontradas na literatura relacionadas com a desospitalização relacionam-se com a individualização na organização e planejamento desse processo e as condutas da equipe

multiprofissional devem ser voltadas para a elaboração de um plano terapêutico direcionado para a assistência domiciliar com aproximação entre profissionais da equipe multiprofissional e a família, promovendo orientações e treinamentos. Fatores como o reconhecimento do usuário, cuidador e família, identificar dificuldades e buscar meios para superá-las de forma eficaz e criativa são essenciais para garantir a funcionalidade da atenção domiciliar.

Além disso, a equipe deve ser comprometida e coesa, com o objetivo de qualificar o cuidado pós-hospitalar da criança e da família, por meio de protocolos institucionais que visem à organização de uma prática segura, os cuidados devem receber o treinamento e as orientações adequadas para atuarem como indivíduos aptos a fornecer a continuidade do cuidado. A equipe de enfermagem apresenta papel essencial na educação em saúde para os familiares e cuidadores, participando no treinamento e no fornecimento de orientações. Os serviços de atenção domiciliar fazem parte do pilar que organiza e garante a consolidação do cuidado domiciliar e o treinamento dos indivíduos envolvidos nesse processo.

Quadro 2 - Principais achados relacionados com o processo de desospitalização e atenção domiciliar no Brasil e seus fatores associados.

Autor(ano)	Principais achados relacionados com o processo de desospitalização e atenção domiciliar no Brasil e seus fatores associados
Silva; Queiroz; Maia, (2021)	O processo de desospitalização deve ser individualizado, e as condutas dos profissionais delimitadas por um plano terapêutico direcionado para a assistência domiciliar, com aproximação entre profissionais da equipe multiprofissional e a família, promovendo orientações e treinamentos. A desospitalização apresenta inúmeros desafios, sobretudo em relação à aceitação da família e aos fatores limitantes do cuidado em caráter domiciliar. Esses fatores irão impactar diretamente na rotina familiar, ocasionando uma sobrecarga física e psicológica. Dessa forma, a atuação multiprofissional torna-se imprescindível, visto que sua atuação junto ao paciente e seus familiares vai auxiliar desde ações de prevenção a agravos à saúde, por meio de orientações e treinamentos (por exemplo: mudança de decúbito, alongamentos e procedimento de aspiração), até a continuidade do tratamento prestado no ambiente domiciliar.
Sousa; Santos, (2021)	Como estratégias de enfrentamento para as dificuldades encontradas para a desospitalização deve-se reconhecer o usuário, cuidador e família, identificar dificuldades e buscar meios para superá-las de forma eficaz e criativa. Para que isso ocorra, é indispensável o apoio e articulação dos demais serviços da rede de atenção à saúde para a garantia do acompanhamento adequado deste usuário/família e continuidade do cuidado seguro.
Klein <i>et al.</i> (2021)	A desospitalização pode ser influenciada pela ausência de um planejamento de acordo com a realidade da criança e família. Além disso, tem-se o predomínio dos serviços de saúde com modelo centrado no médico, com altas não programadas, sobrecarga dos profissionais e problemas na comunicação entre equipe, rede de saúde e família. Apesar de saber-se da importância da desospitalização, ela ocorre de forma fragmentada, com altas hospitalares precipitadas, impedindo uma desospitalização segura e com maior planejamento.
Novais <i>et al.</i> (2021)	Para a melhoria na desospitalização, há a necessidade de uma equipe comprometida e coesa, com o objetivo de qualificar o cuidado pós-hospitalar da criança e da família, por meio de protocolos institucionais que visem à organização de uma prática segura. A organização de protocolos institucionais deve ser voltada ao cuidado na desospitalização segura, a fim de colaborar com a integração do trabalho da equipe de saúde.
Sato <i>et al.</i> (2022)	O preparo dos cuidadores é permeado de preocupação em facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades para o cuidado no domicílio; envolve a utilização de recursos e estratégias específicas e é influenciado positivamente por tecnologias e negativamente por fatores relacionados à estrutura e organização hospitalar.
Oliveira; Boniatti; Filippin, (2021)	O envelhecimento da população tem exigido uma maior sobrecarga de cuidados por parte dos sistemas de saúde e familiares dos idosos, principalmente após a hospitalização. Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, são responsáveis pela educação em saúde, para que a reabilitação seja segura e o cuidado seja eficiente.
Rajão; Martins, (2020)	A Atenção Domiciliar (AD) surge como estratégia complementar ao cuidado motivada por diversas preocupações, tais como a desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente. Sua instituição segue ao interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente.

Silva; Sena; Castro, (2017)	Existem fragilidades no processo que envolve questões de implementação, sistematização, reorganização interna e continuidade após a desospitalização. Assim, as estratégias utilizadas para a desospitalização têm sido insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio.
Sousa (2018)	A atenção domiciliar está organizada em três modalidades que atendem diversos perfis de pacientes; Atenção Domiciliar 1 (AD1) que é referenciada pela Atenção Básica e atende pacientes que demandam menor frequência de visitas, e menor necessidade de intervenção da equipe. AD2 e AD3 que são referenciados pelo Serviço de Atenção Domiciliar do município por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Estas modalidades atendem os pacientes que passaram por intervenções com mais frequência, sendo que o AD3 é indicado para pacientes com maior nível de complexidade nas intervenções. Porém, vale lembrar que, apesar do programa ser a nível nacional, cada município deve aderir ao serviço, tendo em vista que somente os municípios que fizerem a adesão recebem o financiamento do serviço.
Bajotto <i>et al.</i> (2012)	Os idosos frágeis são os indivíduos portadores de múltiplas condições crônicas, cujos problemas de saúde poderão levar a limitações funcionais e, frequentemente, ao desenvolvimento de quadro de dependência funcional. Considerando-se a própria idade como fator de risco para esses eventos, sabe-se que, entre os idosos com idade mais avançada (80 anos ou mais), estão os que já são imediatamente caracterizados como frágeis. Estes idosos frágeis também são aqueles que dispendem maior cuidado da família, de cuidadores e de toda a equipe de saúde quando adoecido.
Sena; Queiroz, (2019)	A Atenção Domiciliar surgiu no Brasil a partir de 1990 como uma nova modalidade de assistência à saúde pautada no cuidado integral e humanizado da assistência hospitalar no âmbito domiciliar. Os cuidados com os programas de atenção domiciliar são o alicerce de todo o processo de desospitalização como proposta de uma assistência humanizada, individualizada e integral à saúde, sendo essencial a aprimoração e maior efetividade desses programas para garantir uma atenção integral do cuidado.

Fonte: Rangel, MLSV (2023).

Conforme pode ser observado no Quadro 3, a partir desses achados, realizou-se a categorização dos principais fatores de desospitalização identificados nos estudos em cinco diferentes grupos, bem como com as principais atribuições em cada grupo. Os grupos realizados foram atenção domiciliar, crianças dependentes de tecnologia, equipe de enfermagem, população idosa e treinamento dos cuidadores.

Quadro 3 - Categorização dos principais fatores de desospitalização identificados.

Fatores de desospitalização	Autores	Principais fatores identificados
Atenção Domiciliar	Sena; Queiroz, (2019) Silva; Queiroz; Maia, (2021) Sousa (2018) Silva; Sena; Castro, (2017) Rajão; Martins, (2020) Sousa; Santos, (2021)	Cuidado integral e humanizado da assistência hospitalar no âmbito domiciliar. Plano terapêutico direcionado para a assistência domiciliar. Atuação multiprofissional. Protocolos institucionais.
Crianças dependentes de tecnologia	Klein <i>et al.</i> (2021) Novais <i>et al.</i> (2021) Sato <i>et al.</i> (2022)	Crianças com doenças crônicas. Redução na mortalidade infantil. Aumento da sobrevida de crianças com fragilidade clínica. Cuidados especiais para manutenção de sua saúde. Uso de dispositivos médicos. Preparo e capacitação dos familiares/cuidadores.
Equipe de enfermagem	Oliveira; Boniatti; Filippin, (2021) Novais <i>et al.</i> (2021) Silva; Queiroz; Maia, (2021)	Educação em saúde. Orientações básicas de cuidado. Atuação na transição do cuidado hospital-domicílio.
População idosa	Oliveira; Boniatti; Filippin, (2021) Bajotto <i>et al.</i> (2012)	Maior prevalência de condições crônico-degenerativas. Maior índice de limitações físicas e cognitivas.
Treinamento dos cuidadores	Sato <i>et al.</i> (2022) Novais <i>et al.</i> (2021) Sousa; Santos, (2021) Oliveira; Boniatti; Filippin, (2021)	Aquisição de conhecimentos e habilidades para o cuidado no domicílio. Treinamento adequado pela equipe multiprofissional.

Fonte: Rangel, MLSV (2023).

4. Discussão

A retirada do paciente do ambiente hospitalar para seguir o tratamento em sua residência recebe o nome de desospitalização, processo que está intimamente associado a ações de humanização e oferece aos usuários perspectivas de uma recuperação mais rápida, bem como racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, deixando-os para pacientes que de fato carecem de internação. Essa estratégia demonstra ser uma estratégia segura, que traz inúmeros benefícios, como redução do risco de infecção hospitalar, sempre por meio de uma assistência humanizada e com acompanhamento de equipe multiprofissional. A estratégia de assistência domiciliar é uma tendência mundial, visando à redução do tempo de internação, rotatividade de leitos e diminuição de custos hospitalares (Silva et al., 2017; Silva et al., 2021).

A longa permanência de pacientes em hospitais é evidenciada quando o paciente ultrapassa os trinta dias de internação. Trata-se de um problema que vem atingindo a maioria das unidades hospitalares no Brasil, da rede pública e privada, implicando na permanência prolongada de pacientes em leitos hospitalares de internação geral em nível terciário, gerando atritos internos e externos, sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem e elevados custos hospitalares. A atuação do enfermeiro no momento da alta hospitalar do idoso, realizando com o mesmo e a família orientações básicas de cuidado tais como: troca de curativo, mobilidade cadeira para cama, higiene e conforto e prevenção de quedas são importantes para reabilitação no domicílio (Silva et al., 2017; Oliveira et al., 2021; Sousa & Santos, 2021).

Entre os fatores que vêm contribuindo com o crescimento desta tendência, cita-se, o período de transição epidemiológica com profunda modificação dos padrões de saúde e doença, que interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, além da recusa de desospitalização por parte das famílias. Essa transição é caracterizada pela diminuição da incidência das doenças infecto-parasitárias, e pelo aumento das doenças crônico-degenerativas (Rajão & Martins, 2020; Sousa & Santos, 2021).

A situação atual de saúde no Brasil e no mundo se caracteriza pela prevalência de doenças crônicas e suas comorbidades, resultantes de um processo natural de transição demográfica e epidemiológica, caracterizadas pelo envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas, degenerativas, incapacidades físicas e cognitivas, com crescente aumento da demanda de cuidados de saúde em médio e longo prazo. Dessa forma, justifica-se a nova tendência assistencial a pacientes crônicos para receberem o atendimento de saúde denominado de atenção domiciliar (AD), e não necessariamente suporte hospitalar. Esse novo modelo assistencial substitui a atenção hospitalar a pacientes crônicos estáveis em termos clínicos, com a continuidade de seus cuidados sendo executado em domicílio por uma equipe multiprofissional (Rajão & Martins, 2020; Oliveira et al., 2021; Silva et al., 2021).

As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas correspondem por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade, perda de qualidade de vida e comprometimento funcional, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde. Reitera-se que as doenças crônicas constituem um sério problema de saúde pública correspondendo a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente as camadas mais pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda podendo gerar graves consequências ao paciente devido ao impacto psicológico, social e econômico ocasionadas por tais enfermidades; assim como para os serviços de saúde, pela ocupação de leitos, internações prolongadas e aumento dos gastos públicos (Silva et al., 2017; Sousa & Santos, 2021).

No âmbito do SUS, a desospitalização como política integrada à rede de saúde deve articular os princípios da integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade, tendo como prioridade a atenção integral à saúde, não mais centrada na doença, mas no usuário. Nesse sentido, o ser humano é visto de forma integral, e não fragmentado em aparelhos e sistemas pelo modelo tradicional biomédico. A realidade brasileira mostra que os serviços prestados se encontram aquém do

que se considera excelência. Mesmo com recursos materiais de ponta e profissionais qualificados, não há participação efetiva dos usuários no planejamento terapêutico. Os mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de fisioterapia são exemplos dessa ineficiência, o que certamente poderia ser melhorado com orientação e desenvolvimento para o avanço do atendimento no país (Silva et al., 2021).

No Brasil, fatores como a desigualdade na distribuição de renda, o baixo grau de escolaridade, as condições de habitação e um ambiente de vida precário causam impactos negativos sobre a qualidade de vida e a saúde dos sujeitos. Além disso, a baixa escolaridade dificulta o acesso aos serviços de saúde, a compreensão das orientações médicas e, conseqüentemente interferem no controle adequado da doença crônica e quanto menor a escolaridade do usuário, mais baixo seu poder aquisitivo e conseqüentemente menor seu acesso a bens e serviços. A situação socioeconômica é fator determinante durante o tratamento das enfermidades e conseqüentemente pode interferir na desospitalização (Sousa & Santos, 2021).

A desospitalização com cuidado continuado no domicílio por meio de equipes multiprofissionais é definida pelo Ministério de Saúde brasileiro na Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, como: “modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados”. Nesse sentido, torna-se imprescindível a atuação da equipe multiprofissional, acolhendo a necessidade dos usuários do SUS, bem como a utilização de sua assistência como ferramenta para reduzir o tempo de internação, promovendo a educação em saúde para cuidados com o paciente que requer cuidado de terceiros após alta hospitalar por meio de processos assistenciais estruturados e eficientes, reduzindo diretamente o tempo de internação hospitalar (Brasil, 2016; Silva et al., 2021).

Além do diagnóstico da doença crônicas e suas implicações na vida do paciente, outros aspectos podem estar relacionados a permanência hospitalar prolongada, tais como: dificuldades socioeconômicas de familiares ou do próprio paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e não possuem rede de suporte social, ou mesmo escassa. Muitas vezes esta condição está associada à incompreensão do processo de corresponsabilidade na assistência, que pode até justificar a falta de estrutura e que leva a uma permanência hospitalar prolongada, desnecessária e com riscos (Sousa & Santos, 2021).

O usuário que será desospitalizado deve apresentar estabilidade clínica satisfatória, não necessitar de equipamentos e recursos de suporte de vida e tampouco atendimento médico intensivo. A literatura mostra que, devido à ampliação da expectativa de vida e ao aumento considerável das doenças crônicas na sociedade, a desospitalização vem se tornando uma alternativa viável para os serviços de saúde. A internação domiciliar vem ganhando espaço nos serviços de saúde ofertados no país, tendo à frente muitos desafios como a mediação da rede de atenção primária à saúde e a quantidade insuficiente de recursos humanos, o que inviabiliza a ampliação das equipes multiprofissional nos mais diversos municípios brasileiros (Silva et al., 2021).

A desospitalização se configura como uma estratégia que traz inúmeros benefícios aos pacientes. Com a permanência do paciente no seio familiar, há redução do risco de infecção hospitalar, melhora da humanização da atenção e do conforto para o usuário e seus familiares, bem como minimiza a realização de exames e a administração de medicamentos de maneira compulsória, o que reduz as taxas de morbidade e mortalidade por reinfecção. Outro fator positivo é o aumento da resposta terapêutica associada a uma melhora da qualidade de vida, promovendo conforto para o paciente e sua família e diminuindo o risco de reinternações (Silva et al., 2021).

De acordo com a Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, a atenção domiciliar deve estar enquadrada nas seguintes diretrizes: (1) estruturar-se na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; (2) articular-se com os outros níveis da atenção à saúde como serviço de retaguarda vinculado ao sistema de regulação; (3) estruturar-se conforme os princípios de ampliação de acesso, acolhimento, equidade, humanização e

integralidade da assistência; e (4) estar inserido nas vertentes de cuidado por meio de práticas clínicas humanizadas baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência (Brasil, 2011a).

O Ministério da Saúde (MS) implantou em 2013 o Serviço de Atenção Domiciliar-Programa Melhor em Casa, que tem como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar; a redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, a ampliação da autonomia dos usuários; a desinstitucionalização, incentivar o processo de desospitalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e como critério de implantação, estabeleceu-se que o programa só poderá ser implantado em municípios que tenham população igual ou superior a vinte mil habitantes (Brasil, 2011b; Sousa & Santos, 2021).

Um grande obstáculo para a efetivação do processo de desospitalização é a ausência e/ou dificuldade de acesso às políticas públicas eficazes, por este motivo vários usuários com condições clínicas favoráveis para continuar o tratamento em domicílio permanecem na instituição por dependerem de algum tipo de tecnologia. Assim, possibilitar a saída de um indivíduo do ambiente hospitalar para continuar o seguimento ao tratamento de forma segura e contínua em outro ambiente é um desafio que vem sendo enfrentado pelo SUS, principalmente por haver uma transição no nível de cuidado (Sousa & Santos, 2021).

Na condução da desospitalização, o retorno do usuário e cuidador/família para o ambiente domiciliar deve se dar da forma segura possível. Para que isso ocorra é papel da instituição hospitalar aproximar o usuário aos outros serviços da rede de atenção à saúde (RAS). Cabe à equipe de saúde identificar durante as visitas de rotina os fatores socioeconômicos e familiares que possam interferir de alguma forma na alta e em seguida buscar estratégias para solucionar tais problemas. O encaminhamento às políticas públicas e o contato com as redes intersetoriais são medidas eficazes para garantir a alta e acompanhamento seguro (Sousa & Santos, 2021).

As condições crônicas, em qualquer etapa da vida, acarretam aumento na demanda por cuidados continuados, desencadeando significativas mudanças na dinâmica familiar e no processo de assistência à saúde, além de impactar nas políticas públicas e na organização do processo de trabalho no setor saúde. É essencial a implementação de um cuidado continuado para além do contexto hospitalar, o que inclui a valorização de particularidades relacionadas ao contexto familiar e domiciliar. Diante disso, a Atenção Domiciliar apresenta papel significativo no processo de transição do cuidado hospital-domicílio e se configura mediante o compartilhamento de saberes como intermediária entre pacientes, cuidadores, equipes multiprofissionais e o sistema de saúde (Sato *et al.*, 2022).

Assim, pode-se afirmar que um dos objetivos principais da equipe multidisciplinar frente ao processo de desospitalização é a promoção da autonomia e empoderamento do paciente e familiares/cuidadores, subsidiando-os a perceber este processo como algo positivo, visando garantir uma transição efetiva proporcionando bem-estar e conforto ao paciente e família. É dever da equipe interdisciplinar preparar o paciente e família para alta hospitalar segura e desospitalização eficaz. Além disso, destaca-se que a equipe tem papel importante no apoio psicológico do cuidador/família, promovendo ações direcionadas à diminuição do estresse e em prol da qualidade de vida destes, uma vez que, a função de cuidador é desgastante, física, psicologicamente e pode causar ônus ao mesmo e também aos demais membros da família (Sousa & Santos, 2021).

Em muitas situações, a desospitalização é impedida ou postergada pela inexistência de um cuidador que possa assumir efetivamente a continuidade do cuidado no domicílio. Assim, ações devem ser realizadas pela equipe de saúde, a fim de, minimizar a sobrecarga do cuidador capacitando também os familiares próximos ao paciente, ensinando e adaptando o cuidado ao ambiente domiciliar de acordo com a realidade econômica e social vivenciada pela família (Sousa & Santos, 2021).

O fato de incluir e valorizar o cuidador/familiar no processo de construção conjunta do cuidado constitui estratégia importante para seu aprendizado. Esse contexto é favorecido pelo vínculo estabelecido durante a hospitalização e pela inclusão nas discussões, planejamento, condução e avaliação das ações de cuidado realizadas. Salienta-se que a relação com o cuidador/familiar, quando bem estabelecida, impulsiona a resultados de saúde satisfatórios no âmbito domiciliar, pela

possibilidade maior de inseri-lo na resolução de problemas e compartilhar a responsabilização pelo cuidado, constituindo-se em importante ferramenta no processo de transição do cuidado do hospital para o domicílio (Sato *et al.*, 2022).

Assim, as estratégias de trabalho dos profissionais de saúde devem ser pautadas na execução da prática profissional interdisciplinar que visem à melhoria da qualidade da assistência e continuidade dos cuidados aos usuários e cuidador/família, de forma que venham atender às necessidades biopsicossociais dos mesmos com enfoque em ações educativas (treinamentos/capacitações) que garantam a segurança no cuidado no domicílio em parceria com os demais serviços da rede de atenção à saúde (RAS) (Sousa & Santos, 2021).

Com os avanços das tecnologias de saúde em pediatria, observou-se uma redução significativa na mortalidade infantil e no aumento da sobrevida de crianças com fragilidade clínica. Assim, houve um aumento crescente no número de crianças com doenças crônicas, as quais, muitas vezes, necessitam de cuidados especiais para manutenção de sua saúde. Essas crianças estão em risco físico, desenvolvimental, comportamental ou condição emocional aumentada e necessitam de um tipo de cuidado de saúde e de serviços além do exigido pelas crianças em geral. Tais cuidados exigem um conhecimento ampliado dos profissionais de saúde e familiares. Entretanto, nem sempre eles apresentam os saberes necessários e muitas vezes não estão qualificados adequadamente para exercer o cuidado adequado com as crianças (Klein *et al.*, 2021; Novais *et al.*, 2021; Sato *et al.*, 2022).

As crianças dependentes de tecnologias (CDTs) necessitam do uso de dispositivos médicos decorrente de uma situação ou agravo à saúde a fim de suprir a perda de uma determinada função vital do organismo. Esse tipo de paciente necessita de cuidados especiais diários para manter sua saúde e evitar maiores complicações. Pesquisas mostram que as CDTs apresentam como principais cuidados tecnológicos: derivação ventrículo-peritoneal, gastrostomia, oxigenoterapia, traqueostomia e sonda nasoenteral. Considerando as CDTs, o uso de tecnologias determina a sua sobrevida e possibilita, em determinados casos, a desospitalização como oportunidade de estar em casa seguindo o tratamento, além de possibilitar uma melhor qualidade de vida à criança. Essa situação demanda cuidados especiais e continuados que ficam sob a responsabilidade de um familiar/cuidador (Klein *et al.*, 2021).

Os desafios da desospitalização dessas crianças não estão somente focados na equipe multiprofissional de saúde, mas também nos familiares/cuidadores, pois estes precisam se adaptar a uma nova rotina de cuidados, reorganizando a estrutura familiar, aprendendo a manipular dispositivos médicos, readequando papéis para a implementação de cuidados no domicílio. Nesse sentido, faz-se necessária a intervenção de uma equipe multiprofissional de saúde, com uma alta hospitalar planejada, a qual leva em consideração diversos aspectos, como: o desejo da família de levar a criança para o domicílio; o preparo e capacitação dos familiares/cuidadores; as condições clínicas da criança; os encaminhamentos legais e o acesso a benefícios e auxílios; o acesso aos materiais e equipamentos que essa criança necessitará, bem como a estruturação da rede de atenção à saúde que essa família acessará após a alta hospitalar (Klein *et al.*, 2021; Novais *et al.*, 2021; Sato *et al.*, 2022).

Assim, pode-se afirmar que é necessário o envolvimento de uma equipe multiprofissional pautada em uma assistência interprofissional de saúde, que possibilita a construção de saberes e fornece condições necessárias para a resolutividade na assistência prestada à saúde das crianças dependentes de tecnologia. O saber interdisciplinar e o trabalho interprofissional têm maior potencialidade nas práticas colaborativas em saúde e buscam a solução dos problemas que afligem a criança e a família. A interdisciplinaridade proporciona uma visão biopsicossocial e se torna uma prática fundamental para o fortalecimento da integralidade do Sistema Único de Saúde (Klein *et al.*, 2021; Novais *et al.*, 2021; Sato *et al.*, 2022).

Além disso, o planejamento da alta hospitalar para essas crianças requer uma série de cuidados, pois deve ser projetada para a realidade extra-hospitalar do núcleo familiar e exigir dos profissionais atuantes um olhar sensível e ampliado para que as condutas sejam construídas em conjunto com a família, estimulando a autonomia para o cuidado. A falta de planejamento para as altas hospitalares é uma fragilidade que dificulta o processo de desospitalização, pois a família pode não

se considerar preparada para atender às demandas da CDT em domicílio. As altas precipitadas impossibilitam a equipe multiprofissional de realizar orientações completas, inviabilizando o contato, o planejamento prévio com a rede de atenção à saúde e a construção de uma rede de apoio em conjunto com a família (Klein *et al.*, 2021).

A desospitalização da CDT torna-a mais exposta à vulnerabilidade social devido à sua condição de saúde, o que requer cuidados complexos e continuados, estando diretamente relacionados à escassez de políticas públicas voltadas a essa população. A questão social é um fator determinante na desospitalização e continuidade do cuidado, a assistência no domicílio diminui custos hospitalares, mas aumenta os gastos financeiros para a família, o que pode causar uma dificuldade nesse processo. Também é importante a implementação de um processo de alta hospitalar consistente, que envolva um trabalho interdisciplinar e coordenado para garantir a participação integrada e articulada entre profissionais e familiares e a integralidade do cuidado. Além disso, os fluxos entre os serviços de saúde devem estar adequadamente constituídos (Klein *et al.*, 2021).

As principais fragilidades encontradas na desospitalização são a falta de planejamento da alta hospitalar, o modelo centrado no médico, a falta de unanimidade em relação aos critérios de desospitalização entre os médicos e desses com os demais profissionais. E também os desafios da preparação do usuário para a alta hospitalar e o incipiente processo de capacitação dos cuidadores e familiares. É necessário que os profissionais de saúde envolvidos na transição do cuidado invistam na educação em saúde para o preparo da família e a comunicação é o principal fator relacionado com a compreensão do cuidado. Sendo assim, é essencial que todas as informações sobre a doença, procedimentos, exames e terapêutica sejam transmitidas de forma clara, para que os cuidadores se tornem capazes de dar continuidade aos cuidados (Klein *et al.*, 2021; Sato *et al.*, 2022).

No que se refere à falta de planejamento para as altas hospitalares, elenca-se como estratégia o preparo do cuidador ainda no hospital, quando possível, pela equipe hospitalar e da atenção primária à saúde, unificando as práticas e a transferência do cuidado. A equipe multiprofissional necessita trabalhar junto com a família e a CDT para reduzir os ruídos e falhas da comunicação, favorecer a troca de saberes e possibilitar o desenvolvimento da autonomia para o cuidado da criança, tendo em vista que esses são fatores que potencializam o cuidado. Para isso, deve desenvolver interação, vínculo, aconselhamento e, sobretudo, apoio ao familiar, a fim de ter êxito no processo de educação em saúde para a alta hospitalar (Klein *et al.*, 2021; Sato *et al.*, 2022).

Para realizar a continuidade do cuidado no domicílio, além de a família sentir-se preparada para atender às demandas da CDT no momento da alta hospitalar, necessita-se fortalecer os vínculos com a equipe de Atenção Básica (AB) e contar com o apoio do SAD. Esse é considerado um serviço complementar, responsável por trabalhar em equipe multiprofissional de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde. O SAD tem como atribuições orientar e capacitar os cuidadores de forma clara e objetiva, com linguagem acessível, para, assim, envolvê-los no processo de cuidados, permitindo que eles possam esclarecer dúvidas, expor suas limitações e potencialidades. Ainda, realiza a organização dos fluxos para atestado de óbito e para a admissão e alta dos usuários em AD, além de promover ações de educação permanente (Klein *et al.*, 2021).

Outra estratégia referida pelos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar no preparo do cuidador para a desospitalização é a realização de reuniões mensais, pois acredita-se que estas possibilitam diminuir dúvidas e trocar experiências. Logo, destaca-se a importância de os serviços de saúde desenvolverem medidas educacionais e de apoio aos pacientes e cuidadores, a fim de possibilitar o desenvolvimento de estratégias cognitivas de enfrentamento para dar sentido à situação e estabelecer um protocolo seguro de cuidado. Salienta-se que as dúvidas compõem a base dos desgastes emocionais vivenciados pelos cuidadores e se intensificam com a falta de orientação e de apoio/acompanhamento profissional. Assim, destaca-se a importância da visita domiciliar para a identificação dos fatores que contribuem para o processo de recuperação ou o prejudicam (Sato *et al.*, 2022).

A utilização de diferentes ferramentas de ensino, como as orientações verbais e folders ilustrativos, são consideradas importantes recursos de preparo/treinamento dos cuidadores pelos profissionais, sobretudo, como método para fixação do aprendizado. Ressalta-se que, embora as orientações verbais tenham sido relatadas como recurso efetivo em alguns estudos, os benefícios das ferramentas online, também têm sido destacados por possibilitarem o acesso ao aprendizado a qualquer tempo, além da possibilidade de posterior revisão do conhecimento (Sato *et al.*, 2022).

Os eventos de quedas sofridos pelos idosos geram influências negativas sobre a qualidade de vida dos mesmos, podendo interferir também nos aspectos físico, mental e emocional, em decorrência das consequências da queda ou mesmo do medo de cair novamente. Além disso, a queda irá comprometer diretamente na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Entretanto, caso o idoso possua uma rede de apoio estruturada, auxiliando no processo de reabilitação, o mesmo poderá ter resultados positivos para qualidade de vida e prevenção de eventos adversos (queda) no domicílio (Bajotto *et al.*, 2012; Oliveira et al., 2021).

Ademais, independentemente das estratégias e recursos utilizados, torna-se necessário que os profissionais consigam observar o cuidado realizado pelo cuidador/familiar no contexto domiciliar, a fim de validar as habilidades desenvolvidas e detectar necessidades particulares. Assim, não basta ao cuidador responder que não está enfrentando dificuldades, pois, muitas vezes, pacientes e/ou cuidadores, quando questionados, sobretudo, em relação aos comportamentos em saúde, podem responder que já perceberam o que os profissionais desejam ouvir. Como potencialidades para o preparo/treinamento dos cuidadores, os profissionais destacaram a utilização de simuladores/tecnologias, pois podem favorecer o pensamento crítico, a redução da ansiedade em relação à assistência e o desenvolvimento cognitivo e emocional (Sato *et al.*, 2022).

Geralmente o cuidado ao idoso no ambiente doméstico leva o familiar cuidador a uma sobrecarga que muitas vezes gera desordens emocionais, físicas, econômicas e sociais para este cuidador. Neste sentido, a transição do cuidado da atenção hospitalar, com suporte multiprofissional, para o domiciliar, sob cuidado doméstico do idoso necessita um olhar mais cuidadoso e expõe as atuais fragilidades dos programas de saúde e assistência social. Essas famílias necessitam de uma orientação adequada para que a evolução do tratamento de reabilitação seja efetivo e promova o autocuidado, autonomia e independência e reinserção social dos idosos (Bajotto *et al.*, 2012; Oliveira et al., 2021).

É importante considerar que, por vezes, a dificuldade de adesão do cuidador às orientações ofertadas pode ser influenciada pela dificuldade do profissional em lidar com o cuidador/família, o que pode ser reflexo de um modelo assistencial ainda voltado ao tecnicismo e às tecnologias duras, centradas em equipamentos e procedimentos. Neste sentido, a influência negativa do modelo hospitalocêntrico, ainda enraizado na perspectiva de famílias e profissionais de saúde, também foi apontado como interferente na consolidação da Atenção Domiciliar. Ressalta-se o papel primordial do enfermeiro na transição do cuidado hospital-domicílio, uma vez que ele é o profissional responsável pelo gerenciamento de diversas atividades neste âmbito. Assim a educação em saúde para o cuidado domiciliar fornece o empoderamento e a corresponsabilização dos idosos e da família (cuidador) na reabilitação segura, prevenindo novas quedas, nova hospitalização, incapacidade funcional e morte (Oliveira et al., 2021; Sato *et al.*, 2022).

Assim, a educação em saúde pode ser considerada uma experiência de aprendizagem voltada para facilitar a alteração de hábitos e comportamentos humanos que auxiliam no aumento da autonomia individual das pessoas, para o processo reabilitação e de promoção em saúde. Neste sentido, os enfermeiros, devido à sua predisposição em educar e sua competência na orientação dos pacientes e familiares sobre conteúdos essenciais para a saúde, desempenham um papel fundamental na reabilitação psíquica e fisiológica. Dessa forma, a educação em saúde tem o objetivo de transformar potenciais riscos sociais e familiares, referentes ao cuidado, em intervenções que possam minimizar os desconfortos, inseguranças e influências negativas para a reabilitação do idoso no domicílio. Assim, as intervenções educativas são ferramentas importantes para o cuidado no

domicílio, pois trabalham as dificuldades do familiar (cuidador informal) e as necessidades dos idosos assistidos (Oliveira et al., 2021).

A integração entre sistema de saúde e usuário na execução do cuidado em saúde em domicílio é configurada pelo serviço de saúde, serviço este executado por uma equipe multidisciplinar, que presta o cuidado necessário ao usuário com o acompanhamento de um cuidador, por sua vez representado por um familiar, amigo ou vizinho. O cuidador transita entre a função de prestador do cuidado e também de usuário, já que, simultaneamente, desempenha práticas do cuidado, demanda apoio técnico, emocional e social dos profissionais de saúde (Rajão & Martins, 2020).

A partir destas experiências a educação em saúde no contexto domiciliar promove o empoderamento do familiar (cuidador informal) e do idoso para o processo de tomada de decisão em relação ao cuidado indispensável a reabilitação. O empoderamento é a oportunidade que o paciente tem de desenvolver novas habilidades em relação ao seu autocuidado. Deste modo, o indivíduo pode atingir metas por meio do acesso a informações e apoio, fortalecendo assim sua capacidade para a promoção de mudanças positivas no contexto em que estão inseridos. Logo, o paciente ou familiar se sente mais motivado e isso contribui para sua autonomia, comprometimento com seu cuidado e com sua qualidade de vida. As ações de educação em saúde promovem o empoderamento do paciente e familiar, além de serem consideradas tecnologias leve de saúde. O conjunto idoso-cuidador desenvolve a habilidade de reconhecer as necessidades de saúde cotidianas e assim passa ser agente no processo de saúde e doença (Bajotto *et al.*, 2012; Sena & Queiroz, 2019; Oliveira et al., 2021).

A hospitalização é considerada de grande risco, especialmente para as pessoas mais idosas. Cerca de metade das internações hospitalares de idosos têm como causas mais frequentes as doenças do aparelho circulatório e as do aparelho respiratório. Como repercussões, a hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes, irreversíveis. A atenção domiciliar deve ser entendida como um termo genérico que envolve as ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. A assistência domiciliar é definida como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. A internação domiciliar deve ser entendida como um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada (Bajotto *et al.*, 2012; Sena & Queiroz, 2019).

Sendo a atenção domiciliar um modelo de cuidado, questiona-se a real necessidade de hospitalização para determinados agravos de saúde, considerando alguns motivos de internações como dispensáveis ou desnecessariamente prolongados, podendo ser substituídos ou complementados por um serviço de AD. Em razão disso, para além da redução de gastos, a AD vem representando no cenário mundial a conotação de ofertar cuidado de qualidade, proporcionando bem-estar e conforto ao permitir a permanência do doente em seu ambiente domiciliar, integrado ao seu contexto de vida (Sousa, 2018; Sena & Queiroz, 2019; Rajão & Martins, 2020).

Quando a prática do cuidado em saúde é deslocada para o ambiente domiciliar, o esforço de ajuste a uma dada realidade cultural e familiar deve ser desempenhado pelo profissional de saúde, de forma que o aspecto relacional se torna relevante para o sucesso da assistência, onde pacientes e cuidadores, em suas casas, desempenham um papel muito mais ativo e assumem muitas responsabilidades que são, em outros ambientes, de responsabilidade restrita aos profissionais de saúde. O serviço de atenção domiciliar apresenta os seguintes objetivos: redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde com a extensão da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e desenvolvidos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Sousa, 2018; Sena & Queiroz, 2019; Rajão & Martins, 2020).

5. Considerações Finais

O processo de desospitalização mostrou-se complexo e dependente de relações entre a gestão da instituição, os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a rede de atenção à saúde (RAS). Observou-se que durante o processo de desospitalização, a família deve ser valorizada e receber atenção e apoio por parte da equipe interdisciplinar, além do treinamento necessário para atuar como cuidadores capacitados. O processo de desospitalização deve ser individualizado para cada usuário, e as condutas dos profissionais precisam ser delimitadas por um plano terapêutico direcionado para a assistência domiciliar.

Faz-se necessária a interação entre profissionais e familiares durante a internação, para orientações e treinamentos aos familiares ou cuidadores, a fim de favorecer a continuidade do cuidado em domicílio de forma segura. No entanto, nota-se uma evidente dificuldade financeira para adequar fisicamente a residência para assumir o cuidado do paciente em domicílio. Por isso, infere-se a necessidade de acompanhamento assistencial multiprofissional aos familiares durante esse processo.

A importância da educação em saúde para uma desospitalização mais segura, torna-se imprescindível que os profissionais da equipe orientem e treinem as famílias/acompanhantes dos usuários com relação aos procedimentos a serem realizados rotineiramente no domicílio, pois só assim é possível viabilizar a integralidade e continuidade do cuidado. Para favorecer uma melhor aceitação familiar, é preciso estabelecer um vínculo de suporte entre o hospital e a rede de apoio aos familiares e assim criar estratégias eficazes para oferecer-lhes segurança ao assumirem o cuidado do usuário no domicílio. Pois tanto as unidades hospitalares quanto a família vislumbram uma alta com mais segurança e conforto para todos os envolvidos.

Para a melhoria na desospitalização, há a necessidade de uma equipe comprometida e coesa, com o objetivo de qualificar o cuidado pós-hospitalar da criança e da família, por meio de protocolos institucionais que visem à organização de uma prática segura. A organização de protocolos institucionais que remetam ao cuidado na desospitalização segura, a fim de colaborar com a integração do trabalho da equipe de saúde. Assim, sugere-se que a relação entre a equipe multiprofissional, o paciente e os familiares seja melhor elucidada em ensaios clínicos ou estudos observacionais, no intuito de estabelecer melhor os benefícios do cuidado domiciliar.

Referências

- Bajotto, A. L., Witter, A., Mahmud, S. J., Sirena, S., & Goldim, J. R. (2012). Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. *Revista Clinical & Biomedical Research*, 32(3), 311-317.
- Bertagnoli, M. S. F. F., Melchior, M. I., Monti, R. G., & Kimura, R. A. (2021). Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1), 1-19. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310113>.
- Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 out. 2011. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em: 25 out. 2021.
- Brasil. (2011b) Ministério da Saúde. Manual instrutivo do Melhor em Casa. Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, v. 153, n. 78, p. 33-38, 26 abr. 2016.
- Gheno, J., & Weis, A. H. (2021). Care transtion in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, 1-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0030>.
- Klein, K., Issi, H. B., Souza, N. S. de., Ribeiro, A. C., Santos, E., E. P. dos., & Snhem, G. D. (2021). Dehospitalization of technology-dependent children: the perspective of the multiprofessional health team. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200305>.
- Lima, A. C. B., Souza, D. F. de., Ferraz, F., Castro, A., & Soratto, J. (2022). Função e atuação do serviço de atendimento domiciliar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 3003. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf17\(44\)3003](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf17(44)3003).
- Novais, M. C. M., Victor, D. S., Rodrigues, D. da S., Freitas, B. O., Barreto, N. M. P. V., Mendes, D. de J. da S., & Saquetto, M. B. (2021). Fatores associados a desospitalização de crianças e adolescentes com condição crônica complexa. *Revista Paulista de Pediatria*, 39, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020118>.

- Olario, P. da S., Moreira, M. C., Moreira, I. B., Martins, J. C. A., & SOUZA, A. T. de. (2018). DESOSPITALIZAÇÃO EM CUIDADO PALIATIVOS: perfil dos usuários de uma unidade no rio de janeiro/ brasil*. *Cogitare Enfermagem*, 23(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53787>.
- Oliveira, M. J. S. de., Boniatti, M. M., & Filippin, L. I. (2021). O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para prática do cuidado familiar. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 16(2), 1-8. <https://doi.org/10.33517/rue2021v16n2a9>.
- Rajão, F. L., & Martins, M. (2020). Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no sistema único de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1863-1877. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
- Sato, D. M., Teston, E. F., Andrade, G. K. S. de; Marcon, S. S., Giacon-Arruda, B. C. C., Silva, J. L. da; & Galera, S. A. F. (2022). Preparing caregivers for dehospitalization of technology-dependent patients: perspective of home care professionals. *Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 23, 1-11. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20222378658>.
- Sena, L. I. A. M., & Queiroz, J. S. (2019). Programas de atenção domiciliar no processo de desospitalização nas redes de assistência à saúde. *Revista Integrativa em Inovação Tecnológica nas ciências da saúde*, 3, 125-140.
- Silva, K. L., Sena, R. R. de., & Castro, W. S. (2017). A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 38(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.
- Silva, R. C., Queiroz, M. G., & Maia, L. G. (2022). As perspectivas da desospitalização no Brasil e a assistência humanizada como coadjuvante neste processo: uma revisão de literatura. *Boletim Técnico Do Senac*, 47(2), 114-126. <https://doi.org/10.26849/bts.v47i2.882>.
- Sousa, F. T. L. de., & Santos, K. C. B. dos. (2021). O processo de desospitalização sob a ótica de pacientes com doenças crônicas de longa permanência internados em um hospital universitário. *Research, Society and Development*, 10(7), e33010716608. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16608>.
- Sousa, L. M. M. de, Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*, 17-26.
- Sousa, R. B. (2018). A atenção domiciliar na desospitalização de pacientes. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago”*, 4(2), 102-113.
- Vasconcellos, J. F. de., Ferreira, C. N., Santana, C. E. S., Sousa, C. R., & Valente, M. L. F. (2015). Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolid. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 7(2), 110-115.