

# As perspectivas da desospitalização no Brasil e a assistência humanizada como coadjuvante neste processo: uma revisão de literatura

The perspectives of dehospitalization in Brazil and humanized care as a supporting element in this process: a literature review

Las perspectivas de la deshospitalización en Brasil y la asistencia humanizada como coadyuvante en este proceso: una revisión de la literatura

**Rennan César Silva**<sup>1</sup>

**Maria Goretti Queiroz**<sup>2</sup>

**Ludmila Grego Maia**<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0322-9057>.

<sup>2</sup> Professora Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-7363-4835>.

<sup>3</sup> Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Jataí. Jataí, Goiás, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/000-0002-7771-8040>.

Recebido para publicação em: 16.8.2021

Aprovado em: 23.9.2021

## Resumo

A desospitalização é o termo utilizado para a saída do paciente do ambiente hospitalar para continuar recebendo cuidados de saúde em outro ambiente, e 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. O objetivo foi analisar as evidências disponíveis na literatura sobre as perspectivas de desospitalização no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a importância da assistência humanizada nesse processo. Para tanto, utilizou-se como metodologia a revisão narrativa, analisando artigos científicos acerca do tema entre 2009 e 2019 nos idiomas português e inglês, pesquisados nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO. Conclui-se que 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.

**Palavras-chave:** alta hospitalar; desinstitucionalização; continuidade da assistência ao paciente; fisioterapia.

## Abstract

Dehospitalization is the term used when the patient leaves the hospital environment in order to continue receiving health care in another environment, which is proven to be a safe strategy providing numerous benefits, such as reducing the risk of hospital infection, always by means of humanized care and monitored by a multidisciplinary team. The purpose was to analyze the evidence available in the literature on the perspectives of dehospitalization in Brazil within the scope of the Unified Health System (SUS), as well as the importance of humanized care in such process. For this purpose, the narrative review was used as methodology, analyzing scientific papers on the subject between 2009 and 2019 in Portuguese and English, searched in the PubMed, LILACS and SciELO databases. It is concluded that the dehospitalization process must be specific to each individual, and the professionals' conducts should follow a therapeutic plan directed towards home care, putting professionals from the multidisciplinary team and the family in direct contact, promoting guidance and training.

**Keywords:** hospital discharge; deinstitutionalization; continuity of care to the patient; physiotherapy.

## Resumen

La deshospitalización es el término utilizado para designar la salida del paciente del ambiente hospitalario para continuar recibiendo atención de salud en otro ambiente, y demuestra ser una estrategia segura, que trae numerosos beneficios, como la reducción del riesgo de infección hospitalaria, siempre a través de la asistencia humanizada y el monitoreo del equipo multiprofesional. El objetivo fue analizar la evidencia disponible en la literatura sobre las perspectivas de deshospitalización en Brasil dentro del Sistema Único de Salud (SUS), así como la importancia del cuidado humanizado en ese proceso. Para ello se utilizó la metodología de revisión narrativa, analizando artículos científicos sobre el tema entre 2009 y 2019 en portugués e inglés, investigados en las bases de datos PubMed, LILACS y SciELO. Se concluye que el proceso de deshospitalización debe ser individualizado, y los comportamientos de los profesionales delimitados por un plan terapéutico dirigido a la atención domiciliaria, con acercamiento entre los profesionales del equipo multiprofesional y la familia, promoviendo la orientación y la capacitación.

**Palabras clave:** alta hospitalaria; desinstitucionalización; continuidad de la atención al paciente; fisioterapia.

## Introdução

A situação atual de saúde no Brasil e no mundo se caracteriza pela prevalência de doenças crônicas, resultantes de um processo natural de transição demográfica, porém esse processo se manifesta de forma especialmente acelerada em nosso país. Dessa forma, justifica-se a nova tendência assistencial a pacientes crônicos, por 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 (BRASIL, 2013).

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 (BRASIL, 2012; OLIVEIRA, 2015). A estratégia de assistência domiciliar é uma tendência mundial, visando redução do tempo de internação, rotatividade de leitos e diminuição de custos hospitalares (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

---

**A estratégia de assistência domiciliar é uma tendência mundial, visando redução do tempo de internação, rotatividade de leitos e diminuição de custos hospitalares**

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” (BRASIL, 2016).

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. A relevância do estudo se deve ao fato de a atenção domiciliar, via desospitalização, estar se tornando um assunto cada vez mais abordado. Como mencionado, apresenta-se como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, caracterizadas pelo envelhecimento populacional e pela prevalência de doenças crônicas (SERAFIM; RIBEIRO, 2011).

Assim, este estudo busca identificar as evidências disponíveis na literatura sobre as perspectivas 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 colocado em nosso estudo como um fator diferencial de auxílio no processo

de transferência do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio. Para tanto, 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. Daí surge a questão norteadora: quais são os fatores limitantes da desospitalização no Brasil e como a assistência humanizada pode contribuir para esse processo?

## Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa, que, segundo Cordeiro *et al.* (2007), analisa publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de determinado assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual e identificar suas lacunas. Constitui, basicamente, uma análise da literatura publicada em artigos de periódicos científicos impressos e/ou eletrônicos. A revisão narrativa tem papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo. No presente estudo, tivemos como fonte de pesquisa as bases de dados PubMed (National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

---

### Quais são os fatores limitantes da desospitalização no Brasil e como a assistência humanizada pode contribuir para esse processo?

Os descritores utilizados para a realização da busca de artigos científicos foram: desospitalização, desinstitucionalização e continuidade da assistência ao paciente. E seus respectivos sinônimos em inglês: *patient discharge*, *deinstitutionalization*, *continuity of patient care*. Para os artigos incluídos nos resultados, a pesquisa foi limitada a trabalhos nos idiomas português e inglês, publicados de 2009 a 2019, visando contemplar estudos atualizados dos últimos dez anos, pois nesse período houve uma modificação das matrizes curriculares de formação dos profissionais de saúde, o que possibilitou a melhoria na assistência prestada aos usuários do SUS e, conseqüentemente, favoreceu uma melhor desospitalização, visto que se enquadra como uma das ações da rede de assistência aos usuários.

Os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica foram revisados. Com base nessa ação, foi criada uma lista de artigos para serem incluídos no estudo. Os resumos foram compilados e direcionados segundo os objetivos. Os critérios de inclusão foram: artigos originais, revisões sistemáticas publicadas em periódicos sobre desospitalização, atenção de saúde domiciliar e a importância da atuação humanizada nesse cenário. Foram excluídos os artigos que não se enquadraram nos critérios de inclusão, por não tratarem especificamente do tema proposto ou por apresentarem duplicidade de publicação e/ou estarem em outro idioma.

## Resultados e discussão

A desospitalização apresenta inúmeros desafios, sobretudo em relação à aceitação da família e aos fatores limitantes do cuidado em caráter domiciliar, conforme descrito no Quadro 1. 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 (BRASIL, 2012; SAWYER *et al.*, 2013).

**Quadro 1 – Abordagem multifatorial dos desafios da desospitalização e atenção domiciliar**

Autor/ano	Tipo de estudo	Objetivo	Desfecho
Souza <i>et al.</i> (2014)	Estudo descritivo	Analisar o perfil dos usuários e do cuidador familiar durante a hospitalização dos usuários dependentes, bem como identificar o nível de conhecimento do cuidador e suas necessidades acerca dos cuidados a serem prestados ao familiar dependente e do uso de dispositivos de assistência no domicílio.	Oportunidades para a atuação dos profissionais de saúde na desospitalização, sendo que a orientação do usuário deve ser planejada pela equipe de saúde desde a sua admissão, para que não haja sobrecarga de informações no momento da saída do hospital para família, cuidadores e rede de apoio à saúde.
Nishimoto, Duarte (2014)	Abordagem qualitativa	Analisar a organização familiar para o cuidado com a criança em condição crônica egressa de unidade de terapia intensiva neonatal.	Descreve a insegurança e o medo das famílias de assumir o cuidado no domicílio, apesar da vivência e do aprendizado propiciado ainda no ambiente hospitalar.
Evangelista <i>et al.</i> (2015)	Exploratório-descritivo	Definir a essencialidade de dados relativos à desospitalização que subsidiassem a elaboração de um <i>software</i> com base na percepção de possíveis usuários.	Ressalta que a desospitalização para a assistência domiciliar possibilita a continuidade do tratamento. E contribui para a sistematização do cuidado quando apresenta dados essenciais, fornecendo informações suficientes e necessárias para elaborar um <i>software</i> com a finalidade de identificar o potencial para a desospitalização.

Lago <i>et al.</i> (2015)	Abordagem qualitativa, observacional e transversal	Identificar o preparo físico e psicológico e a percepção da sobrecarga de cuidadores de usuários vinculados a um programa público de AD.	Revela que a função do cuidador é desgastante, física e psicologicamente, e que a equipe de saúde tem papel importante no apoio psicológico, promovendo ações direcionadas à diminuição do estresse e em prol da qualidade de vida do cuidador.
Oliveira <i>et al.</i> , (2015)	Revisão narrativa	Conhecer as definições e implicações da atenção domiciliar abordadas em artigos científicos.	Ressalta que os familiares se sentem frustrados quando o usuário é desospitalizado antes da ausência de todos os sintomas, pois relacionam a alta hospitalar à cura, não aceitam sair do hospital quando os usuários são incapazes de cuidar de si mesmos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O termo desospitalização significa a saída do paciente do ambiente hospitalar para continuar recebendo cuidados necessários à saúde em outro ambiente de forma segura, por meio de processos assistenciais estruturados e eficientes, reduzindo diretamente o tempo de internação hospitalar. Para tanto, 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 (ALENCAR, 2013; JESUS, 2017).

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 saída para os serviços de saúde. Nesse sentido, em 2011, foi implementada a primeira Política Nacional de Atenção Domiciliar em nosso país, dando origem a um serviço domiciliar complementar aos cuidados hospitalares (BRASIL, 2011). De um modo ainda que embrionário, 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 multiprofissionais nos mais diversos municípios brasileiros (IGNÁCIO, 2017).

A desospitalização se configura como uma estratégia que traz inúmeros benefícios aos pacientes. Com a permanência do paciente no seio familiar, reduz o risco de infecção hospitalar, melhora a humanização da atenção e o 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 (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

---

### A expansão da AD se deu inicialmente por meio da ampliação de programas inerentes ao SUS, dando origem ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1997

A análise mostra, ainda, que após a desospitalização se iniciam os cuidados de assistência domiciliar (AD). No Brasil, os primeiros serviços de saúde prestados em domicílio eram promovidos pelos médicos de família, os clientes particulares recebiam em seus lares uma assistência humanizada e de qualidade, porém os indivíduos que não tinham acesso a esse tipo de atendimento contavam com o auxílio de filantropia, curandeirismo e práticas de curas caseiras (BRAGA *et al.*, 2016).

De acordo com Oliveira Neto e Dias (2014), a expansão da AD se deu inicialmente por meio da progressiva ampliação dos programas inerentes ao SUS, dando origem ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1997, responsável por estabelecer elos/vínculos entre o serviço de saúde e a população, e posteriormente ao Programa Saúde da Família (PSF), para atuar com foco na atenção à saúde nas vertentes de prevenção, promoção, tratamento, cura e reabilitação. É só a partir desse período que a AD obtém visibilidade nacional, integrando-se como uma das responsabilidades dos serviços e ações de saúde no Brasil.

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 (SAVASSI, 2016).

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. Nessa concepção, o ser humano é visto de forma integral, e não fragmentado em aparelhos e sistemas pelo modelo biomédico (MATOS, 2018).

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 (VARGAS, 2013). 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 (BORGES; CARVALHO; SILVA, 2010).

A base organizacional, a fragmentação em especialidades, a característica de ser hospitalocêntrico, hierarquizado e estruturado para atender condições agudas acionadas pela demanda populacional caminham em descompasso com os princípios idealizados. Além disso, observa-se que, apesar da competência no tratamento das doenças, a assistência hospitalar tornou-se ineficaz na resolução de algumas delas, elevando a média de permanência dos pacientes internados, o que indica a oportunidade das desospitalizações de forma efetiva e segura (CALDEIRA *et al.*, 2011).

Nesse caminho, em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), uma política transversal que estabelece relação entre o saber e a prática, com o objetivo de aplicar os princípios do SUS, buscar o enfretamento de relações de poder, trabalho e afeto, combater práticas que não atendem aos preceitos da assistência voltada às necessidades gerais e humanas do usuário (TOCCI; COSTA, 2014; SOBREIRA ABILIO; ORTIZ, 2016; MUTOU, 2019).

**Quando o atendimento é humanizado, pode-se reduzir o tempo de internação, o que impacta a qualidade da assistência e aumenta o bem-estar do usuário**

As premissas atuais do SUS preconizam que os profissionais detenham habilidade de ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento e humanização, de modo a proporcionar a possibilidade de uma transformação cultural por intermédio das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, que assumem uma postura ética de respeito ao usuário, que por sua vez passa a ser atendido como um cidadão, e não como consumidor de serviços de saúde (BONTEMPO; TAGLIETTI, 2017).

O atendimento humanizado prevê a integração da equipe multiprofissional, a qualidade da assistência prestada aos clientes e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e a ampliação dos recursos de interação no processo de doença. A humanização da gestão em saúde no SUS se manifesta como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso e acolhimento, atenção integral e equânime, valorização de profissionais e usuários, democratização da gestão e todos os envolvidos atuando na produção do cuidado (MONDADORI *et al.*, 2016).

Quando o atendimento tem um caráter humanizado, pode-se reduzir o tempo de internação, o que impacta diretamente na qualidade da assistência prestada e aumenta o bem-estar do usuário durante a internação, além de oferecer mais segurança aos familiares após a alta hospitalar (MACHADO *et al.*, 2017).

Santuzzi *et al.*, (2013) e Magalhães e Silva (2019) corroboram essa ideia ao demonstrarem em seus estudos a necessidade de mudanças no relacionamento entre usuários e familiares, uma vez que as relações humanas em diversos níveis otimizam o convívio entre equipe, usuário e familiares. O cuidar vai além da realização de procedimentos e/ou técnicas, é uma forma de associar esse ato às características individuais de cada paciente. A humanização do atendimento requer a melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes, preservando os direitos, a subjetividade e as referências culturais (SANCHES *et al.*, 2016).

Para uniformização dessa assistência multiprofissional humanizada, faz-se necessário um acompanhamento mútuo e contínuo por uma equipe especializada, a fim de oferecer suporte à família ou ao cuidador, alinhando as condutas conforme um plano terapêutico individualizado, de forma a integralizá-las e planejá-las de maneira assertiva, para com isso garantir maior qualidade na assistência prestada e maior percepção de segurança por parte dos familiares (VASCONCELOS *et al.*, 2015)..

Os resultados do estudo de Lago e colaboradores (2015) demonstram que o cuidador torna-se um aliado neste processo de cuidado domiciliar, visto que as tarefas rotineiras de cuidado em tempo integral são repetitivas e cansativas, acarretando sobrecarga de trabalho e necessidade de revezamento do cuidado entre mais pessoas da família e o profissional cuidador. Cabe destacar ainda que esse profissional também está inserido como membro participante do plano terapêutico que é construído com a participação das equipes de profissionais de saúde, do usuário, dos cuidadores e dos familiares.

## Considerações finais

Observa-se com o exposto que 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/acompanhantes, 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 acompanhantes/familiares durante esse processo.

Cabe destacar também a importância da educação em saúde, pois, 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 pode-se 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.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

ALENCAR, VA. **Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS. 2013**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, AI A. Revisão sistemática da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde ea maneira mais rápida de atualização terapêutica [Acesso em 2021 maio 15]. **British Journal of Oral Surgery**, v. 20, p. 183-91, 1982.

BÔAS, Lúgia Marques Vilas; DALTRO, Mônica Ramos; GARCIA, Carolina Pedroza; MENEZES, Marta Silva. Educação médica: desafio da humanização na formação. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 172-182, 2017.

BONTEMPO, Bruna Gracieli; TAGLIETTI, Marcelo. Humanização da assistência de fisioterapia no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 11, n. 66, p. 479-486, 2017.

BORGES, Juliana Bassalobre Carvalho; CARVALHO, Sebastião Marcos Ribeiro de; SILVA, Marcos Augusto de Moraes. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 172-182, 2010.

BRAGA, Sonia Faria Mendes *et al.* As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. **Diálogos Interdisciplinares**, [Mogi das Cruzes], v. 5, n. 3, p. 94-112, 2016.

BRASIL. 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. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html). Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 maio 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso em: 25 out. 2021.

CALDEIRA, Antônio Prates *et al.* Internações pediátricas por condições sensíveis a atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-67, 2011.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo Cardoso *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 1489-1500, 2017.

CORDEIRO, Alexander Magno *et al.* Revisão Sistemática: uma revisão narrativa. **Comunicação Científica**, n. 34, v. 6, p. 428-231, 2007.

EVANGELISTA, Márcia Soares *et al.* Definição de dados essenciais para software que sinalizará condições de desospitalização para a internação no domicílio. RECIIS – **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 1-13, 2015.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013.

IGNACIO, Denise Sarreta. **Alta hospitalar responsável**: em busca da continuidade do cuidado para pacientes em cuidados paliativos no domicílio, uma revisão integrativa. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

JESUS, Giscilene Magalhães Agostinho de. **Desospitalização no âmbito público**: análise de desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2017.

LAGO, Diane Maria Scherer Kuhn *et al.* Sobrecarga física e psicológica dos cuidadores de pacientes internados em domicílio. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, p. 319-326, jan. 2015. Suplemento 1. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5384/pdf\\_7070](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5384/pdf_7070). Acesso em: 25 out. 2021.

MACHADO, Aline dos Santos *et al.* Effects that passive cycling exercise have on muscle strength, duration of mechanical ventilation, and length of hospital stay in critically ill patients: a randomized clinical trial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 43, n. 2, p. 134, 139, 2017.

MAGALHÃES, Simone Gomes da Silva; SILVA, Janaina Sther Leite Godinho. Cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Pró-UniverSUS**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 129-132, 2019.

MATOS, Madson da Silva. **A formação do profissional fisioterapeuta para a atuação no Sistema Único de Saúde**: como fica a promoção da saúde?. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018.

MONDARORI, Alécia Gabrielly. Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. **Fisioterapia e Pesquisa**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 294-300, 2016.

MUTOU, Fernanda Mayumi Lourenço. **A humanização na fisioterapia**: uma revisão sistemática. *Revista Científica UMC*, Mogi das Cruzes, SP, v. 4, n. 1, p. 345-365, 2019.

NISHIMOTO, Corina Lemos Jamal; DUARTE, Elysângela Dittz. A organização familiar para o cuidado à criança em condição egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 318-327, 2014.

OLIVEIRA NETO, Aristides Vitorino de; DIAS, Mariana Borges. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 58-71, 2014.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler *et al.* Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. **Enfermagem Global**, [s. l.], n. 39, p. 375-389, jul. 2015.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira *et al.* Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 48-54, 2016.

SANTUZZI, Cíntia Helena *et al.* Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 415-422, 2013.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Os atuais desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

SAWYER, Michael Gifford *et al.* Nurse perceptions of family home-visiting programmes in Australia and England. **Journal Paediatrics Child Health**, [s. l.], v. 49, n. 5, p. 369-374, 2013.

SERAFIM, Alexandre Peixoto. RIBEIRO, Rubens Antônio Bento. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 163-168, 2011.

SILVA, Alessandra Silva da *et al.* Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011.

SOBREIRA, Fernando Augusto Gomes; ABILIO, Elenita Sureke; ORTIZ, Camila Cristina Lescano. Os pontos de aglutinação entre a psicologia e a política nacional de humanização. **Saúde em Redes**, [Porto Alegre], v. 2, n. 2, p. 227-233, 2016.

SOUZA, Isabela Cata-Preta. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, [Belo Horizonte], v. 18, n. 1, p. 164-172, 2014.

TOCCI, Amanda Simone Sebastião; COSTA, Elaine Cristina Nunes Fagundes. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no sistema único de saúde – SUS. **Revista Uningá**, Maringá, v. 40, n. 1, p. 197-206, 2014.

VARGAS, Márcio Rogério. **Qualidade na prestação dos serviços: um estudo sobre a percepção de usuários dos serviços da Associação Hospitalar Tucunduva e Novo Machado**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Santa Rosa, 2013.

VASCONCELOS Juliana Festa de *et al.* Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolid. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 110-115, 2015.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 224, 2018.