

Desospitalização como perspectiva da assistência hospitalar no Brasil

Dehospitalization as a perspective of hospital care in Brazil

La deshospitalización como perspectiva de la atención hospitalaria en Brasil

Mateus de Souza Miranda¹, José Carvalho Alves¹, Victor José Campelo Vilanova¹, Gabriel Antônio Resende de Sousa¹, Jones Roger Prestes da Silva¹, Tiago Campos Andrade¹, Vanielle Teixeira Silva¹, Juliane da Silva Andrade¹, Luciana Tolstenko Nogueira¹.

RESUMO

Objetivo: Revisar e analisar na literatura os indícios da desospitalização como perspectiva da assistência hospitalar no Brasil e discorrer sobre os principais contribuintes. **Revisão Bibliográfica:** O envelhecimento da população brasileira tem demandado maior sobrecarga de cuidados por parte dos sistemas de saúde, sobretudo no âmbito de assistência hospitalar. Essa mudança no perfil epidemiológico e demográfico brasileiro estabelece um novo padrão de doenças prevalentes na população geral e traz à tona a necessidade de um método assistencial que não apenas ampare integralmente o paciente no ambiente domiciliar, dando-lhe autonomia para exercer o autocuidado, mas também compense a redução do número de leitos ocasionada, principalmente, pelo subfinanciamento. Assim, surge a desospitalização como um importante meio de suprir tais necessidades e, além disso, consolidar tendências de utilização de práticas assistenciais amparadas em aparatos tecnológicos como complementação do cuidado, a exemplo da telemedicina. **Considerações finais:** A pesquisa revelou que o processo de desospitalização no cenário brasileiro tem se consolidado quando há relevante participação de fatores como atenção domiciliar, educação em saúde e telemedicina.

Palavras-chave: Desospitalização, Atenção domiciliar, Telemedicina.

ABSTRACT

Objective: Review and analyze in the literature the signs of dehospitalization as a perspective of hospital care in Brazil and discuss the main ones. **Bibliographic Review:** The aging of the Brazilian population has demanded a greater burden of care on the part of health systems, especially in the context of hospital care. This change in the Brazilian epidemiological and demographic profile establishes a new pattern of prevalent diseases in the general population and highlights the need for a care method that not only fully supports the patient in the home environment, giving him autonomy to exercise self-care, but also compensate for the reduction in the number of beds caused, mainly, by underfunding. Thus, dehospitalization emerges as an important means of meeting such needs and, in addition, consolidating trends in the use of care practices supported by technological devices as a complement to care, such as telemedicine. **Final considerations:** The research revealed that the dehospitalization process in the Brazilian scenario has been consolidated when there is a relevant participation of factors such as home care, health education and telemedicine.

Keywords: Dehospitalization, Home care, Telemedicine.

¹ Centro de Ciências da Saúde – CCS - Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina - PI.

RESUMEN

Objetivo: Revisar y analizar en la literatura los signos de deshospitalización como perspectiva de la atención hospitalaria en Brasil y discutir los principales. **Revisión bibliográfica:** El envejecimiento de la población brasileña ha exigido una mayor carga de atención por parte de los sistemas de salud, especialmente en el contexto de la atención hospitalaria. Este cambio en el perfil epidemiológico y demográfico brasileño establece un nuevo patrón de enfermedades prevalentes en la población general y destaca la necesidad de un método de atención que no solo apoye integralmente al paciente en el entorno domiciliario, dándole autonomía para ejercer el autocuidado, sino compensar también la reducción del número de camas provocada, principalmente, por la falta de financiación. Así, la deshospitalización surge como un medio importante para atender tales necesidades y, además, se consolidan tendencias en el uso de prácticas asistenciales apoyadas en dispositivos tecnológicos como complemento a la atención, como la telemedicina. **Consideraciones finales:** La investigación reveló que el proceso de deshospitalización en el escenario brasileño se ha consolidado cuando hay una participación relevante de factores como la atención domiciliaria, la educación en salud y la telemedicina.

Palabras clave: Deshospitalización, Atención domiciliaria, Telemedicina.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma pauta de saúde pública atual e de forte relevância no contexto brasileiro e no mundial. O processo de transição demográfica, que, de modo geral, ocorre naturalmente em todos os países do mundo, atualmente tem se manifestado de maneira acelerada no Brasil e tem modificado o cenário da saúde (SILVA RC, et al., 2021). Com essa mudança no perfil epidemiológico brasileiro e consequente alteração no padrão de doenças mais prevalentes na população, observa-se uma crescente busca por cuidados de saúde a médio e longo prazo, em especial pela predominância das doenças crônicas degenerativas, incapacidades físicas e cognitivas e por causa das hospitalizações (DE OLIVEIRA MJS, et al., 2021).

Diante desse cenário, surge a desospitalização como perspectiva da assistência hospitalar no Brasil. Esse processo consiste na retirada do paciente do ambiente hospitalar para dar prosseguimento ao tratamento em sua residência e possui íntima relação com ações de humanização. Destaca-se nesse âmbito, o fato de proporcionar ao paciente possibilidades de uma reabilitação mais rápida, bem como a racionalização e a utilização dos leitos hospitalares, de modo a deixá-los para pacientes que de fato necessitam de internação (SILVA RC, et al., 2021).

Dentro da esfera de gestão hospitalar, é recorrente o debate acerca da desospitalização. Nessa discussão, é importante não desconsiderar que o tratamento de um paciente fora do ambiente ambulatorial produz economia de recursos uma vez que o paciente é assistido em casa e contribui com a manutenção de leitos disponíveis (RAJÃO FL, 2020). Essa Atenção Domiciliar (AD) é definida na Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016, pelo Ministério da Saúde do Brasil, como “modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados” (BRASIL, 2016). Com isso, esse aparato normativo visa promover a saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação da saúde prestada no domicílio, garantindo a continuidade de cuidados integrada às RAS (SILVA KL, et al., 2018).

A partir disso, é necessário que haja também a educação em saúde no contexto domiciliar, como componente do processo de desospitalização. Para De Oliveira MJ, et al. (2021), ela age como promotora do empoderamento do familiar (cuidador informal) e do paciente para o processo de tomada de decisão em relação ao cuidado necessário à reabilitação. Além disso, essa promoção de autonomia é a oportunidade que o paciente tem de desenvolver novas habilidades em relação ao seu autocuidado. Sendo assim, dá ao cidadão a possibilidade participar do processo saúde-doença. Por sua vez, o telemonitoramento é um método assistencial interposto pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que vem se mostrando viável

e, nos últimos anos, tem sido adotado por diferentes serviços. Essa estratégia tem por fundamento o domicílio para atendimentos complementares à crescente demanda de cuidados cabíveis neste ambiente, a exemplo da supervisão à distância dos parâmetros de saúde e/ou de doença e prevenção de internações e de reinternações (BARBOSA JL, et al., 2022). Desse modo, no contexto da telemedicina, esta estratégia pode fornecer e dar apoio a cuidados de saúde clínicos e de promover a educação a distância de pacientes domiciliares, de modo a dar suporte ao processo de desospitalização.

À vista disso, o objetivo desta pesquisa foi revisar a literatura relacionada ao processo de desospitalização no Brasil e, assim, analisar os principais contribuintes que o evidenciam como perspectiva da assistência hospitalar no cenário da saúde atual.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Diminuição do número de leitos

Segundo o Ministério da Saúde, resolubilidade corresponde à capacidade que um serviço tem de enfrentar e resolver um problema de impacto individual ou coletivo sobre a saúde quando surge até o nível da sua competência (BRASIL, 1990). Contudo, segundo um relatório publicado em 2019 pelo Projeto de Avaliação de Desempenho da Saúde (PROADESS), observou-se uma queda tanto no número de Hospitais quanto no número de leitos disponíveis entre os anos de 2009 e 2017 (VIACAVA F, et al., 2019). Nesse sentido, é possível inferir que em alguns anos, caso essa queda persista, ocorra certa dificuldade em oferecer serviços hospitalares, ambulatoriais e especializados aos usuários do sistema de saúde tanto público quanto privado, o que comprometeria o conceito de Resolubilidade estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, existem estratégias de desospitalização sendo testadas com algum sucesso e que visam transferir o atendimento ao paciente do ambiente hospitalar para um atendimento domiciliar. Esse processo de desospitalização teve início no começo dos anos 2000 com pacientes psiquiátricos, e ao longo dos últimos 20 anos tem se intensificado a fim de promover a humanização da assistência médica (BRASIL, 2020).

O processo de desospitalização teve como ponto de partida uma decisão política que levou em conta o custo-benefício dos hospitais (SILVA KL, et al., 2010), em detrimento das reais necessidades da população. Um dos fatores envolvidos nesse processo, é a diminuição do número de leitos, que ocorreu não em resposta a uma redução do número de internações, mas sim por interesses políticos, como é possível verificar em vários hospitais que estão superlotados com falta de leitos (AMORIM DP e CAMARGOS MA, 2020).

Nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) surge como estratégia para substituição ou complementação da assistência hospitalar, tendo tanto um foco a diminuição dos custos dos hospitais, como também, no bem-estar do paciente já que esse permaneceria integrado na comunidade e com sua família, além de não correr o risco de infecções hospitalares (RAJÃO FL e MARTINS M, 2020).

Entretanto o funcionamento ideal desse modelo necessita da interação entre paciente, cuidador, profissional médico e rede de assistência, um processo transversal em que cada parte tem sua importância e no qual a boa comunicação delas é essencial (SILVA KL, et al., 2010; MAGAGNIN AB, et al., 2020).

Essa assistência em rede, por possuir muitos nós, possui também muitas vulnerabilidades. Para Silva KL, et al. (2017), a AD não começa no contexto domiciliar, de atenção básica, mas sim no processo de alta do paciente, ainda na assistência hospitalar, é importante orientação para os familiares/cuidador para realizar o processo contínuo de atenção no ambiente domiciliar. Outro ponto a ser considerado é a falta de comunicação direta entre os profissionais da assistência hospitalar e da atenção domiciliar, esse intermédio é feito por um assistente social, o que por vezes prejudica a troca de informações do paciente de forma efetiva.

Ademais, é importante destacar o quanto o papel de cuidador é pesado para os familiares, tanto na parte econômica – quando se fala em adaptações físicas das casas para melhor acomodar o paciente, e também, das mudanças da rotina e como isso afeta o trabalho dos familiares –, quanto nos aspectos sociais, físicos e mentais, visto que é um cuidado integral que demanda muito esforço de toda a família. Por conta disso, o suporte da atenção básica é essencial, tanto para auxiliar no cuidado do paciente, mas também para responder às demandas apresentadas pelos cuidadores. Entretanto, as visitas domiciliares não acontecem

da forma que deveriam, ou pelo menos não são suficientes para aliviar a carga dos cuidadores, ou seja, a família não tem o suporte necessário para realizar esse cuidado domiciliar, o que acaba sobrecarregando os cuidadores (SILVA KL, et al., 2017).

Inclusão do cidadão no processo de saúde-doença

A educação em saúde preza que o cidadão seja instruído sobre o processo saúde-doença para que ele possa atuar conjuntamente a equipe de saúde na promoção da sua saúde e da sua comunidade. Segundo o Ministério da Saúde (2020), isso ainda permite o cuidado integral da pessoa que é consciente do processo saúde-doença, pois há o diálogo entre o paciente e o médico, ou profissional da saúde, quebrando os clássicos monólogos que há entre os pacientes e profissional da saúde. Esses monólogos são caracterizados pelo paciente dizendo os sintomas, o médico dizendo o que paciente tem e o paciente saindo sem entender realmente o que tem, pois não houve o cuidado integral, em que há a consideração de todos os aspectos do paciente e a redução do enfoque na doença e redução da autoridade médica para focar no processo saúde-doença, na interação médico-paciente e no diálogo aberto entre os dois.

É importante destacar também que essa educação em saúde da população permite outras ações como o auxílio no cuidado no processo de desospitalização ao dar conhecimento ao paciente e aos cuidadores do paciente quais as ações que devem ser tomadas durante e após a alta hospitalar. Isso evita a peregrinação pela rede de assistência em saúde em busca de instruções e evita que haja a reinternação do paciente devido à falta de instruções de como proceder pós alta hospitalar (BRASIL, 2020).

Para Zaidan JL, et al. (2018), tal instrução é ponto chave na inclusão do paciente ou cuidador no processo saúde-doença e é de fundamental importância no processo de desospitalização. Isso porque o paciente e cuidador devem ser instruídos a como lidar com os procedimentos pós alta hospitalar. Na vertente da desospitalização, o momento ideal para a alta ideal é no momento que o cuidado é possível em domicílio, mesmo que o paciente tenha dispositivos como drenos, traqueostomas, sondas, cateteres, curativos em feridas complexas.

Esses dispositivos obrigam que haja instrução ao paciente e aos cuidadores para evitar complicações e uma possível reinternação do paciente. Para isso a equipe de saúde deve instruir da forma mais didática possível, considerando as particularidades de cada caso, como nível educacional, linguagem e renda, e produzir materiais que devem ser o mais instrutivo possível e servir de ponto de referência para os envolvidos no cuidado do paciente que recém teve alta (ZAIDAN JL, et al., 2018).

Nesse sentido, cabe analisar os impasses relacionados a esse processo em nível institucional e também familiar. Silva KL, et al. (2017) afirma que a desospitalização, na perspectiva da instituição, tem fragilidades associadas a questões de implementação, sistematização e na reorganização de processos internos, como a cobertura a ser alcançada por esses serviços em uma ação mais regular, a transição do cuidado de um nível mais complexo para a atenção primária, utilização de critérios em que na maioria das vezes exigem uma análise específica de cada caso e que divergem opiniões entre os profissionais.

Na perspectiva familiar, a maior dificuldade é o problema social, mais precisamente, quanto as condições necessárias para assumir o cuidado no domicílio, de modo que muitos não possuem aparato para dar essa continuidade por adversidades financeiras, à medida que certos indivíduos não têm onde abrigar-se e tampouco alimentar-se, e assim a permanência hospitalar se faz precisa mesmo que o paciente tenha condições de ser atendido no domicílio, em relação a complexidade da enfermidade (ZAIDAN, et al., 2018). Logo, é preciso que esse processo seja feito de forma responsável, pois do mesmo modo em que ele reduz os custos hospitalares, ele pode aumentar os custos no domicílio e dificultar a desospitalização. Silva KL, et al. (2017) destaca ainda que outro fator primordial é em relação ao cuidador. Segundo ela, esse indivíduo deve ser bem amparado, considerando o desgaste tanto físico, quanto emocional que demanda essa função. Somado a isso, a instrução deve ser precisa e didática, considerando o fato alguns serem analfabetos, para a continuidade do cuidado. Para Sousa RB (2018), é indispensável destacar que, para haver um processo de alta mais célebre, a burocracia e a conseqüente leniência são entraves, os quais dificultam a aquisição de equipamentos e a continuidade aos cuidados pelas famílias. Apesar desses fatores, a atenção domiciliar é um serviço relativamente recente e que carece de aprimoramento, o qual possui como perspectiva a sua

ampliação, pois a procura aumenta a cada ano, por inúmeros fatores, a exemplo do envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas.

Portanto, fica evidente a importância da assistência no domicílio e a desospitalização, tanto para a instituição, com redução de custos e de leitos, quanto para as famílias, especialmente as mais vulneráveis socialmente, que receberão atendimento no conforto do lar, mas para que isso seja efetivo é preciso que haja a inclusão dos indivíduos nesse processo, principalmente dos cuidadores. Logo, faz-se necessário analisar os pontos citados e desenvolver ações para solucioná-los, considerando o perfil da sociedade brasileira que demanda por esses cuidados e que é essencial na vida da população (SOUSA RB, 2018).

Telemedicina

O telemonitoramento é uma das mais relevantes aplicações da telemedicina. Ele é caracterizado pelo rastreamento remoto de dados de saúde do local onde o paciente se encontra até um centro especializado de rastreio, análise e interpretação. Entre os benefícios mais destacados da telemedicina, estão a possibilidade de evitar internações hospitalares, o incentivo à saúde preventiva, a detecção precoce de doenças, o aumento da expectativa de vida, a melhoria do conforto dos pacientes e o aumento da produtividade. A sua utilização tem sido considerada uma ferramenta importante para enfrentar o aumento dos custos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pelos sistemas de saúde nacionais, o que representa um dos principais desafios na prestação de serviços de saúde em todo o mundo (PAULA AC, et al., 2020).

Esse atendimento é uma ferramenta muito útil no processo de desospitalização, uma vez que a equipe médica pode acompanhar o paciente à distância, diminuindo a distância e derrubando barreiras existentes entre equipe médica e paciente. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020, 71,5% dos brasileiros tem acesso à medicina por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) por não possuírem um serviço de saúde suplementar. Nesse sentido, refletir sobre os avanços da saúde digital visando o SUS torna-se fundamental, pois será possível modernizar e aperfeiçoar esse sistema que já é referência em saúde pública, contribuindo, assim, para o processo de desospitalização em nosso país.

Um dos exemplos do avanço da telemedicina está relacionado à atual pandemia da COVID-19. Nesse período, a regulamentação da telemedicina passou por uma ampliação para viabilizar o isolamento social e conter a disseminação do vírus. Assim, as soluções da telemedicina têm se incorporado cada vez mais no cotidiano de médicos e profissionais da saúde (SANTOS WS, et al., 2020). Por outro lado, a Telemedicina foi regulamentada no Brasil apenas no ano de 2022 através da resolução nº 2.314, de 20 de abril de 2022, mas já se podem ser vistos os benefícios desse processo no país. A Associação Brasileira de Empresas de Telemedicina e Saúde Digital (Saúde Digital Brasil) divulgou que, entre 2020 e 2021, mais de 7,5 milhões de atendimentos médicos a distância foram realizados no Brasil por mais de 52,2 mil profissionais. Segundo a entidade, cerca de 1% desses atendimentos foram reconhecidos e tiveram um papel importante na preservação de vidas, totalizando 75 mil pacientes salvos graças ao uso da telemedicina.

Podemos ver a utilização da telemedicina com sucesso em outras partes do mundo, na China o governo tem integrado big data, inteligência artificial, telemedicina, varejo farmacêutico online, dentre outros serviços. Enquanto algumas tecnologias como dispositivos de Inteligência Artificial que detectam febre foram habilitadas, outros desenvolvimentos são cada vez mais implementados, como a adoção generalizada de registros médicos eletrônicos, que podem melhorar a eficiência e a transparência do sistema. O Ping An Good Doctor, uma plataforma de serviços de saúde, teve um aumento de quase 900% em novos usuários desde dezembro de 2019, antes da Organização Mundial da Saúde identificar o vírus, até janeiro de 2020, quando o vírus se espalhou pela China. O número de usuários e visitas online também aumentou na Ding Xiang Yuan, uma comunidade online para profissionais de saúde, e no Chunyu Doctor, uma plataforma de telemedicina (BINDA FILHO DL e ZAGANELLI MV, et al., 2020).

Dessa maneira, pode-se observar que a telemedicina teve um importante papel na saúde pública e privada em várias partes do mundo no contexto do coronavírus. Com o advento da tecnologia 5G, o que melhora os serviços de internet, a medicina remota seria uma ferramenta muito útil a ser utilizada permanentemente no

serviço de saúde, de modo a minimizar o impacto das grandes filas e superlotação dos hospitais públicos e privados do nosso país. Ademais, esse processo possibilita a redução das filas e da distância entre o local de uma especialidade médica e outra e minimiza o número de pessoas nos hospitais, o que é uma tendência mundial e caminho sem volta (SANTOS WS, et al., 2020).

Outro fator relevante da telemedicina é a relação do custo-benefício que tal ferramenta disponibiliza no âmbito social. Entre abril e setembro de 2020, foram realizados aproximadamente 3.500 teleatendimentos, nos quais 90% dos pacientes foram orientados a permanecer em casa, encorajados a reduzir a disseminação do vírus e, assim, ajudando no controle da pandemia. Além de promover o acesso e o acompanhamento à saúde, a telemedicina pode reduzir internações, sequelas e óbitos, gerando valor com impacto econômico e social. Por isso, é necessário investir em tecnologia, pois estima-se que cada real investido pode gerar uma economia média de R\$ 9,79 para a gestão pública no ano seguinte (CADE J, 2020).

Um problema contornado pela telemedicina é a pouca atuação de profissionais em áreas distantes, pois muitos profissionais de saúde recusam empregos em cidades do interior do país devido a preocupações com as dificuldades de trabalho e oportunidades de atualização. Com a telemedicina, é possível que cidades menos privilegiadas quanto a atuação de profissionais especialistas, sejam atendidas com uma maior frequência, solucionando os problemas da população (MAZZONCINI P, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vê-se com o presente texto que a desospitalização é um processo com várias nuances, positivas e negativas, mas que pode dar ótimos resultados, se aplicado de forma efetiva. Isto é, dar suporte à família e ao paciente na alta hospitalar, instruí-los claramente dos procedimentos a serem feitos, incluir o paciente no processo saúde-doença e utilizar todo o potencial da telemedicina.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM DPL e CAMARGOS MA. Causalidade de Granger em economia da saúde: uma análise da política de redução de leitos hospitalares no sistema único de saúde brasileiro. *Revista de Desenvolvimento Econômico*, 2020; 47(3): 33-58.
2. BARBOSA JL, et al. Telemonitoramento de idosos acompanhados em domicílio: uma revisão de escopo. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 2022.
3. BINDA FILHO DL, ZAGANELLI MV. Telemedicina em tempos de pandemia: serviços remotos de atenção à saúde no contexto da COVID-19. *Humanidades e tecnologia (FINOM)*, 2020; 25(1): 115-133.
4. BRASIL. ABC do SUS - Doutrinas e princípios. 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acessado em: 17 de julho de 2022.
5. BRASIL. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acessado em: 16 de julho de 2022.
6. BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. 2016. Disponível em:
7. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acessado em: 17 de julho de 2022.
8. CADE J. Telemedicina no Sistema Único de Saúde. Portal Hospitais Brasil. 2020. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/artigo-telemedicina-no-sistema-unico-de-saude/>. Acessado em: 18 de julho de 2022.
9. CARDOSO T. Redução de custos e fixação de profissionais são benefícios da telemedicina. Instituto de Estudos Avançados da USP Polo Ribeirão Preto, 2020. Disponível em: <https://sites.usp.br/iearp/telemedicina-proporciona-reducao-de-custos-e-fixacao-de-profissionais/>. Acessado em: 18 de julho de 2020.

10. DE OLIVEIRA MJ, et al. O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para prática do cuidado domiciliar. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 2021; 16 (2): e2021v16n2a9-e2021v16n2a9.
11. MAGAGNIN AB, HEIDEMANN IT. Empowerment of family caregiver in front of stroke in hospital environment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73(4): e20190165.
12. PAULA AC, et al. Telemonitoramento e a dinâmica empresarial em saúde: desafios e oportunidades para o SUS. *Revista de Saúde Pública*, 2020.
13. RAJÃO FL e MARTINS M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25(5): 1863-1877.
14. SANTOS WS, et al. Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça? *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2020; 9(3): 433-453.
15. SILVA KL, et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, 2010; 44: 166-176.
16. SILVA KL, et al. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2017; 38 (4): e67762.
17. SILVA RC, et al. As perspectivas da desospitalização no Brasil e a assistência humanizada como coadjuvante neste processo: uma revisão de literatura. *Boletim Técnico Do Senac*, 2021; 47(2): 114-126.
18. SOUSA RB. A atenção domiciliar na desospitalização de pacientes. *Revista Científica Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"*, 2018; 4(2): 102-113.
19. VIACAVA F, et al. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). 2019. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/monitoramento-da-assist%C3%Aancia-hospitalar-no-brasil-%C3%A9-tema-do-4%C2%BA-boletim-proadess>. Acessado em: 16 de julho de 2022.
20. ZAIDAN JL, et al. Educação em saúde: preparando pacientes e familiares para a desospitalização. Realize Editora, 2018.