

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ
ENFERMAGEM**

**LETÍCIA LEITE DE SOUZA OLIVEIRA
MARIA EDUARDA SPANGER BELAN
THAINÁ CRISTINA RORATO ZACARIAS**

**SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO: OS DESAFIOS DA DESOSPITALIZAÇÃO
SEGURA**

**Ribeirão Preto
2020**

**LETÍCIA LEITE DE SOUZA OLIVEIRA
MARIA EDUARDA SPANGER BELAN
THAINÁ CRISTINA RORATO ZACARIAS**

**SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO: OS DESAFIOS DA DESOSPITALIZAÇÃO
SEGURA**

Trabalho de conclusão de curso de Enfermagem
do Centro Universitário Barão de Mauá para
obtenção do título de bacharel.

Orientadora: Dra. Maria de Fátima Paiva Brito.

Ribeirão Preto

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

S459

Segurança do paciente idoso: os desafios da desospitalização segura/ Letícia Leite de Oliveira Souza; Maria Eduarda Spanger Belan; Thainá Cristina Rorato Zacarias - Ribeirão Preto, 2020.

42p.il

Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá

Orientador: Dra. Maria de Fátima Paiva Brito

1. Desospitalização 2. Segura 3. Domicílio I. Souza, Letícia Leite de Oliveira II. Belan, Maria Eduarda Spanger III. Zacarias, Thainá Cristina Rorato IV. Brito, Maria de Fátima Paiva V. Segurança do paciente idoso: os desafios da desospitalização segura.

CDU 616-083

Bibliotecária Responsável: Iandra M. H. Fernandes CRB⁸ 9878

**LETÍCIA LEITE DE SOUZA OLIVEIRA
MARIA EDUARDA SPANGER BELAN
THAINÁ CRISTINA RORATO ZACARIAS**

**SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO: OS DESAFIOS DA DESOSPITALIZAÇÃO
SEGURA**

Trabalho de conclusão de curso de Enfermagem
do Centro Universitário Barão de Mauá para
obtenção do título de bacharel.

Data de aprovação: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria de Fátima Paiva Britto
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

Dra. Lauren Suemi Kawata
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

Dra. Patrícia Bodnar Giuntini
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

Ribeirão Preto

2020

Este trabalho é dedicado aos nossos pais pelo incentivo, suporte e motivação dados durante a nossa trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nos permitir seguir neste caminho com sabedoria e dedicação. Foi Ele quem nos guiou durante as dificuldades, sentimos sua presença em todo processo.

Aos nossos familiares, agradecemos pelo auxílio financeiro e pelo suporte emocional em toda trajetória, principalmente à Dona Ozaneide, à Patrícia, ao Valmir e à Eliana.

Aos nossos companheiros, agradecemos pelo carinho e paciência durante este percurso.

Agradecemos aos docentes e principalmente à nossa orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Paiva Britto, que nos guiou com seus conhecimentos e nos capacitou com senso de responsabilidade ao próximo.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a desospitalização do cliente idoso visando a cultura da segurança do paciente e os cuidados domiciliares. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo aplicando o método de revisão integrativa, no qual resultou na análise de 23 artigos. Para selecionar esses artigos, foram utilizados os seguintes descritores: enfermagem; paciente idoso; segurança do paciente; desospitalização; alta qualificada e cuidado domiciliar. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados no contexto da saúde: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da Saúde (LILACS) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e no Google Acadêmico, entre os anos de 2005 a 2020. Foram evidenciados três temas primordiais, sendo eles: o planejamento de alta e estratégias de segurança do paciente idoso no domicílio; organização da atenção primária para a desospitalização, e o papel do enfermeiro na cultura de segurança do paciente idoso em nível domiciliar. **Resultados:** Após as buscas, é possível concluir que há 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. Outro problema encontrado é o fator emocional por parte da família e/ou cuidador, uma vez que cuidados básicos como administração de medicação ou mudança de decúbito, ainda geram desconforto, devido medo e insegurança para lidar com essas situações. Por fim, a necessidade da capacitação profissional, principalmente da equipe de enfermagem é fundamental para o idoso neste processo de transição hospital-domicílio e que a educação continuada através das equipes de saúde seja de forma acessível diante da realidade do paciente, para que a segurança seja efetiva.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Desospitalização. Idoso.

ABSTRACT

This study aims to analyze the dehospitalization of elderly clients, the culture of patient safety and home care. **Methodology:** This is a descriptive study applying the integrative review method, which resulted in the analysis of 23 articles. To select these articles are used the following descriptors: nursing, elderly patient; patient safety; dehospitalization; qualified discharge and home care. The search was done in the following databases in the context of health: Electronic Scientific Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Virtual Health Library (BIREME) and Google Scholar, between 2005 and 2020. Three main themes were evidenced: discharge planning and safety strategy for elderly patients at home; organization of primary care for dehospitalization and the role of nurses in the safety culture of elderly patients at home. **Results:** After the searches, it is possible to conclude that there are weaknesses in the process that involves issues of implementation, systematization, internal reorganization and continuity after dehospitalization. That being so, those strategy used for dehospitalization have been insufficient to favor the integrality and continuity of care at home. Another problem found is the emotional factor on the part of the family and/or caregiver, since basic care such as medication administration or change of position, still generate discomfort, due to fear and insecurity to deal with these situations. Finally, the need for professional training, especially for the nursing team, is fundamental for the elderly in this hospital-home transition process and that continuing education through health teams is accessible to the patient's reality, so that safety is effective.

Keywords: Patient Safety. Dehospitalization. Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma	222
------------------------------------	------------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -Quadro de descritores	Erro! Indicador não definido.1
Quadro 2 - Artigos publicados em revistas científicas sobre cultura de segurança do paciente idoso, entre 2005 e 2020, Ribeirão Preto, 2020.	23
Quadro 3 – Proporção dos artigos entre os anos de 2005 a 2020	29

ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
WHO	<i>World Health Organization</i>
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não-Transmissíveis
AD	Atenção Domiciliar
SAD	Sistema de Atenção Domiciliar
USF	Unidade de Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
MS	Ministério da Saúde
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Histórico da qualidade em segurança do paciente	11
1.2	Segurança do paciente em nível mundial	12
1.3	Segurança do paciente em nível nacional.....	12
1.4	A segurança do paciente idoso.....	13
1.5	Políticas de saúde do idoso: nível mundial e nacional.....	14
1.6	Cuidados seguros com o idoso no domicílio	16
1.7	Desospitalização segura do paciente	17
1.8	Justificativa e problema	18
1.9	Objetivos.....	19
1.9.1	Objetivos gerais.....	19
1.9.2	Objetivos específicos	19
2	METODOLOGIA	20
	Figura 1: Fluxograma	22
3	RESULTADO	23
4	DISCUSSÃO	30
4.1	Planejamento de alta e estratégias de segurança do paciente idoso no domicílio .	30
4.2	Organização da atenção primária para desospitalização	31
4.3	O papel do enfermeiro na cultura de segurança do paciente idoso em nível domiciliar.....	33
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico da qualidade em segurança do paciente

O compromisso com o cuidado surge com Hipócrates, considerado pai da Medicina por desmistificar o padrão de saúde da época de 486 a.C, que estava interligado com magias e crenças religiosas, conceituando um novo significado para a saúde direcionado para a ciência. Ao proferir a frase *Primum non nocere* (Primeiro, não causar dano), Hipócrates caminhava para o desenvolvimento da assistência em saúde voltada para a segurança do paciente, definida como prevenção e diminuição de falhas durante o cuidado em saúde e na qualificação no processo de trabalho, que envolve recursos humanos, materiais e recursos físicos (SANDOVAL, 2020).

No século XIX, durante as dificuldades da Guerra da Criméia (1853-1856), Florence Nightingale, considerada pioneira da Enfermagem Moderna, assistiu múltiplas vítimas com quadros clínicos distintos no mesmo local sem meios materiais, humanos e estruturais. Diante disso, Florence desenvolveu ações que priorizavam a segurança dos soldados e a qualidade no cuidado em saúde que, futuramente, concebeu a teoria ambientalista. Estaretratava o ambiente físico como principal fator para a evolução do quadro do paciente. A teoria apresenta o ambiente ideal livre de ruídos externos, com boa iluminação e ventilação, com a segregação de pacientes com patologias diversas para evitar contaminação paciente-paciente e agravo dos casos. Em 1856, ao retornar à Inglaterra, Florence Nightingale elaborou o “diagrama de rosa”, relatório responsável por apontar doenças infecciosas como a principal causa de morte, que constatou a diminuição na taxa de mortalidade devido à assistência prestada durante a Guerra (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Ainda com o foco na diminuição de erros e de danos no cuidado em saúde, em 1960, foi estabelecido o protocolo dos “5 certos” nos Estados Unidos da América (EUA) para administração de medicamentos. Atualmente, o protocolo apresenta modificações, dispondo de “9 certos”, sendo eles: medicação certa; paciente certo; dose certa; via certa; horário certo; registro certo; ação certa; forma farmacêutica certa e monitoramento certo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), acontece pelo menos uma morte por dia e aproximadamente 1,3 milhão de pessoas anualmente nos EUA são prejudicadas devido ao erro de administração de medicamentos, e, em nível mundial, estima-se que cerca de US\$42 bilhões por ano são gastos para cobrir essas despesas associadas aos erros (BRASIL, 2018).

1.2 Segurança do paciente em nível mundial

A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou metas com o objetivo de garantir a segurança do paciente em âmbito mundial de forma sistematizada, sendo elas: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais da saúde; melhorar a segurança dos medicamentos; garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto; reduzir o risco de infecção associado ao cuidado e reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas (BRASIL, 2020).

O processo de trabalho da Enfermagem é norteado por meio de sistematizações e de protocolos que organizam o cuidado em saúde para que os danos ao paciente sejam reduzidos como as metas citadas anteriormente. Os eventos adversos ocorrem em escala mundial, sendo 50% deles evitáveis, de acordo com a OMS (BRASIL, 2018).

O Governo do Reino Unido, em conjunto com a OMS, foi responsável pela criação da estratégia *Global Patient Safety Collaborative* (Colaboração Global pela Segurança do Paciente) cujo objetivo é obter parcerias globais, nacionais e regionais para focar na segurança do paciente como um dos componentes mais importantes na assistência prestada. O processo de desenvolvimento dessa estratégia é organizado em três áreas, que são determinadas por liderança, sendo esta a principal área devido a sua relevância para a criação da cultura de segurança do paciente dentro da instituição e o engajamento das famílias e do próprio paciente no cuidado em saúde; educação e treinamento para que as equipes sejam habilitadas e capacitadas para aprimorar a assistência prestada e a pesquisa para agregar na qualificação dos profissionais por meio de embasamento científico. A estratégia servirá como um recurso de conhecimento central sobre área de segurança do paciente, e os Governos Federais serão responsáveis por implementá-la (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

1.3 Segurança do paciente em nível nacional

A elaboração de metas e de protocolos são de responsabilidade do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), e ele se baseia nas metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde. O programa foi lançado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a ANVISA, e normatiza-se através da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, determinando como objetivo o aumento da segurança do paciente durante as práticas de saúde e propondo estratégias que garantem a qualidade, tais como: suporte à

implementação de práticas seguras nos hospitais, criação de um sistema de notificação de incidentes, elaboração de protocolos e promoção de processos de capacitação (BRASIL, 2017).

O Brasil, em parceria com outros países, compõe a *World Alliance on Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) instituída pela OMS em 2004, que visa medidas para garantir a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde com apoio da política dos signatários. Ainda que existam diversos programas, protocolos e caminhos para que não ocorra o erro, estudos indicam que os números de eventos adversos notificados no Brasil são de aproximadamente 7,6%, e destes eventos, 66% são evitáveis. O Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente aponta que os serviços têm trabalhado com a questão da capacitação do profissional para qualificar a assistência em saúde (BRASIL, 2018).

1.4 A segurança do paciente idoso

O Brasil apresenta uma transição demográfica histórica que, segundo o IBGE, 7,7% são de idosos considerados com idade maior ou igual a 60 anos. Estas mudanças implicam diretamente no aumento da expectativa de vida que pode ser de 75,5 anos, mostrando nitidamente o quanto a saúde tem melhorado no processo de envelhecimento. Vale ressaltar que essas mudanças direcionam, também, para um perfil epidemiológico diferente, voltado às doenças crônicas degenerativas (SILVA *et al.*, 2018).

O idoso deve ser avaliado como um todo, por isso criou-se o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso, que visa melhorar a qualidade da saúde deste indivíduo e possibilita o reconhecimento prévio de riscos de vulnerabilidades e/ou fragilidades nessa população, propiciando intervenções precoces. O protocolo conta com uma equipe multidisciplinar, que avalia desde sistemas vitais até a situação econômica e social do cliente (BRASIL, 2014).

Em 2013, foi criado o Protocolo Prevenção de Quedas, sendo avaliado diariamente desde o primeiro dia de internação até o dia da alta, com a finalidade de reduzir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente. São utilizados fatores como idade maior ou igual a 65 anos, grau de consciência e orientação, equilíbrio, nutrição, utilização de fármacos etc., para considerar qual é o risco de queda de determinado paciente e os cuidados que devem ser tomados diante do resultado (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente idoso inicia-se na capacitação dos profissionais atuantes e é conduzida por meio dos protocolos anteriormente citados e por inúmeras políticas, garantindo

por Lei a qualidade da assistência hospitalar, ambulatorial ou domiciliar prestada (BRASIL, 2017).

1.5 Políticas de saúde do idoso: nível mundial e nacional

A Organização das Nações Unidas (ONU) identificou um grande avanço da população nos últimos anos, sendo notável o aumento da população idosa em nível mundial. Diante das avaliações demográficas, ocorreu, em 1982, a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, sendo elaborado o Plano de Ação Internacional de Viena, abordando a saúde do idoso, a nutrição, a proteção, a habitação, o meio ambiente, a família, o bem-estar social, a segurança e o emprego (ONU, 2017).

Acerca de 1991, a Assembleia Geral criou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas abordando 18 direitos, e em 1992, adotou a Proclamação do Envelhecimento. A ONU declarou, em 1999, o Ano Internacional do Idoso devido aos marcos de grande importância para esta população. Em 2002, foi convocado a segunda assembleia, realizada em Madrid, com o objetivo de desenvolver uma política internacional para o envelhecimento no século XXI. O Plano de Ação em Madrid, em 2002, elaborou estratégias diante do crescimento populacional de idosos, visando uma sociedade para todos. Esse plano aborda três áreas prioritárias: o idoso e o envelhecimento; promover a saúde e o bem-estar da velhice e garantir ambientes facilitadores e de suporte. Este mecanismo auxilia no desenvolvimento humanizado da comunidade criando políticas integrativas da população (ONU, 2017).

As modificações diante da população idosa no âmbito nacional ocorreram em 2006, quando foi criada a Portaria nº 2.528 da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que apresenta como finalidade a recuperação e a promoção da autonomia e a independência do idoso. Para a eficácia das ações, há diretrizes importantes, tais como: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações Inter setoriais, visando à integralidade da atenção; a promoção de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social; a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); a divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção e a cooperação nacional e internacional das experiências e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2017).

O SUS garante à população idosa acesso igualitário e universal atuando com o Estatuto do Idoso nº 10.741 de 2003. Ele assegura importantes direitos, estabelecendo mudanças na sociedade para certificá-los quanto ao direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à convivência familiar e comunitária. O direito à saúde estabelece pontos como: o direito a ter um acompanhante durante a internação, o treinamento dos profissionais, a proteção do idoso contra a violência e o cuidado domiciliar. Todos esses direitos estão previstos na Declaração de Viena dos Direitos Humanos a pessoas idosas, a fim de garantir saúde satisfatória para toda a população idosa causando grande avanço internacional e nacional e de proporcionar sua atuação ativa na sociedade (BRASIL, 2017).

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros, o envelhecimento ocorre associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca antes observado (BRASIL, 2006).

Geralmente, pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) – estados permanentes ou de longa permanência – que requerem acompanhamento constante. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas à comorbidades. Ainda que não sejam fatais, essas condições normalmente tendem a comprometer, de forma significativa, a qualidade de vida dos idosos. Além disso, as inúmeras modificações anatômicas e fisiológicas do organismo, associadas ao comprometimento da funcionalidade, torna a população idosa frágil e vulnerável, o que exige políticas públicas e estratégias que visam melhor qualidade de vida para os idosos (BRASIL, 2006).

Os idosos com doenças crônicas e fragilidades tem maior risco de internação por condições agudas, tais como: a fratura de quadril, o infarto e o acidente vascular cerebral, patologias que levam à perda funcional e à dependência para as atividades de vida diária. Com isso, esses pacientes necessitam de um período de reabilitação para melhorar a capacidade funcional. Normalmente, a recuperação é parcial e os pacientes requerem o suporte de profissionais de saúde e de cuidadores após a alta. Quanto às questões sociais, o cuidado após a alta é limitado pelo isolamento dos idosos, pela desestruturação das famílias, pelas limitações

financeiras, pelas fragilidades da rede social de suporte aos idosos, pelo estresse físico e emocional do cuidador e pela escassez de pessoas capacitadas para o cuidado (RIBEIRO,2020).

1.6 Cuidados seguros com o idoso no domicílio

A atenção domiciliar (AD),é um conjunto de ações prestadas emdomicílio com o propósito de promover saúde, prevenir agravos, tratamento e palição de doenças e a reabilitação de indivíduos, garantindo a continuidade do cuidado, surgiu em 2011, através da Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto, que regulamenta a AD no SUS por intermédio do SAD e do Programa Melhor em casa. Eles vieram com o intuito de beneficiar a saúde por meioda ampliação da assistência do SUS; ao trazer o paciente mais perto de sua família, proporcionando-lhe mais conforto, autonomia e avanço em sua recuperação; ao reduzir riscos de infecções provenientes de internações prolongadas em leitos hospitalares e, ainda no âmbito hospitalar, ao reduzir a ocupação desses leitos (BRASIL, 2020).

Para dar início àatuação dos profissionais de saúde no atendimento emdomicílio, o paciente passará por critérios de elegibilidade, entre eles, clínicos e administrativos. O primeiro avalia a situação do paciente, o risco, a vulnerabilidade, quais são os procedimentos indispensáveis e a frequência de visitas necessárias. O critério administrativo verifica aspectos operacionais e normativos para a viabilidade do cuidado, como o SAD/USF, que tem descobrir a região em que o paciente vive (BRASIL, 2020).

A população que a AD atende é aquela que tem restrição ao leito ou que possui dificuldades de locomoção até àunidade de saúde mais próxima. Geralmente, essa população é de idoso após alta hospitalar, que necessita de procedimentos invasivos, como sondagem vesical de demora, curativos de lesões por pressão, traqueostomia, entre outros. Por encontrar-se em uma população de risco, sua vulnerabilidade é maior do que em outras, deste modo, os profissionais devem verificar arduamente a dinâmica familiar, o ambiente em que opaciente vive, as questões financeiras e de suporte básico como nutrição e transporte e quem ficará disponível para cuidador responsável. Após verificar todos esses fatores, o SAD/USF elabora um plano de cuidados juntodesse cuidador devidamente escrito no prontuário do paciente com a identificação correta dele (BRASIL, 2020).

Ao executarem o plano de cuidados, os profissionais e os cuidadores devem colocar em prática precauções básicas padronizadas para a segurança do paciente, tais como: a colocação do usuário em ambiência tranquila e iluminada, com o mínimo de ruídos possíveis;

seguir o protocolo da Organização Mundial da Saúde sobre os “5 momentos da higienização das mãos” (antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente); evitar acúmulo de secreções nas vias aéreas superiores, deixando-as sempre pérvias; utilizar equipamento de segurança (EPI); dispor o paciente sempre que possível com roupas limpas e secas e realizar a coleta e o descarte seguro dos lixos contaminados. Essas ações possibilitam a diminuição do risco de infecção ao cliente e ao profissional/cuidador. Outros meios de garantir a segurança do paciente é prevenir as lesões por pressão, usando escalas como a de Braden para avaliação diária e adotar medidas como: hidratação da pele, higiene local, mudanças de decúbito, suporte nutricional adequado e evitar fricção da pele em superfícies, já que o turgor é menor. Apesar de ser uma tarefa simples, a administração de medicamentos em domicílio ainda deve seguir os “9 certos”, mesmo quando é próprio cuidador quem administra os remédios (BRASIL, 2016).

1.7 Desospitalização segura do paciente

É imprescindível reconhecer a relevância e a complexidade da transição hospital-domicílio, especialmente em Saúde do Idoso. Nesta fase do acompanhamento, as ações necessárias exigem a participação de profissionais de diversas categorias, inseridos em uma equipe de saúde organizada e dedicada à atenção integral (FLESCHE; ARAUJO, 2014).

O processo de desospitalização foi uma estratégia que o sistema encontrou para a redução dos gastos operacionais, para a racionalização da demanda de leitos e para os custos com a assistência, logo com a diminuição do tempo de permanência do cliente dentro da instituição, ocorre redução da possibilidade de adquirir infecções durante o período de internação o que leva, por diversas vezes, ao adiamento da alta, além de proporcionar conforto para o paciente e para sua família, tornando o processo mais humanizado (VASCONCELLOS *et al.*, 2015).

Articulada com a desospitalização, a alta qualificada é de extrema relevância e deve ser planejada, pois não se trata de um ato isolado ocorrendo de forma consciente e responsável. Desde o princípio, os profissionais da área da saúde são responsáveis por este processo e cabe à equipe multiprofissional responsável pelo caso orientar, acolher e saciar quaisquer que sejam as dúvidas do cliente e da família, elaborando métodos que ao receber a alta, o cliente possa dar continuidade em seu tratamento de forma eficaz, por isso deve-se identificar moradia, de qual

unidade de atenção primária ele faz parte, formas de locomoção, disponibilidade da família ou cuidador que será responsável pelos cuidados domiciliares entre outros tópicos que devem ser analisados (REIS, 2015).

O Sistema Único de Saúde dispõe de programas como NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, e trata-se de equipes multiprofissionais que atuam junto das equipes de Saúde da Família, levando para as ruas as práticas de prevenção e de promoção de saúde e acompanhamento domiciliar. As equipes são organizadas e planejadas de acordo com as necessidades locais e da população habitante, visando trabalhar de forma integral e qualificada. A rede ainda disponibiliza, por meio do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), equipes que trabalham para a reabilitação e tratamento de doenças, com a garantia do cuidado e integrado a outros programas, geralmente acionada ainda durante a hospitalização ou pela equipe de saúde da família (BRASIL, 2020).

O paciente idoso dispõe de necessidades para além da doença ou do agravo que apresenta quando se encontra sob os cuidados de saúde diante da internação. O amparo familiar é uma das necessidades notórias diante das assistências do cuidado, visto que o paciente apresenta melhor controle emocional quando se sente acolhido pelo vínculo familiar. Diante do contexto, a desospitalização garante a continuidade da assistência em domicílio, proporcionando diminuição dos custos de serviços de saúde, diminuição dos riscos das infecções hospitalares, diminuição da ansiedade do paciente e dos familiares, redução das reinternações e proporciona melhor adesão ao tratamento (VASCONCELLOS *et al.*, 2015).

1.8 Justificativa e problema

Neste trabalho almeja analisar a desospitalização do paciente idoso, com orientações necessárias no cuidado domiciliar, buscando a segurança do mesmo, conforme os manuais do cuidado e parâmetros legais de saúde da pessoa idosa.

As informações do Ministério da Saúde apresentam que, a população idosa exibe grandes desigualdades sociais no processo do envelhecimento, transformando o perfil demográfico e epidemiológico no país, ocasionando novas formas de cuidado, em específico os cuidados prolongados e à atenção domiciliar.

Desta forma, o presente estudo justificou-se pela necessidade de sintetizar resultados de pesquisas científicas acerca dos cuidados de enfermagem aos pacientes idosos na transição

de cuidado para continuidade de assistência, visando desenvolver reflexões e indicar diretrizes para o cuidado eficiente e seguro minimizando agravos.

1.9 Objetivos

1.9.1 Objetivos gerais

Analisar a desospitalização do cliente idoso visando a cultura da segurança do paciente e os cuidados domiciliares.

1.9.2 Objetivos específicos

Identificar falhas durante o cuidado em saúde domiciliar ao paciente idoso;

Descrever a cultura da segurança do paciente nos cuidados domiciliares ao paciente idoso;

Compreender o papel do enfermeiro e do cuidador responsável na cultura de segurança do paciente idoso em nível domiciliar.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, aplicando o método de revisão integrativa, que consiste em uma abordagem ampla para a pesquisa, sendo elas experimentais e não-experimentais, dados da literatura teórica e empírica para que setenha uma percepção completa do tema escolhido. Este método possibilita gerar entendimentos para assuntos e problemas complexos na área da saúde e, principalmente, na Enfermagem. Ao aplicar esta revisão, existe um protocolo a ser seguido que orienta todo o processo de pesquisa, desde a busca do problema até à entrega do trabalho concluído, constituído em seis fases (KLAKONSKI *et al.*, 2015). Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO,2008).

O estudo realizado tem como base a estratégia PICO, sendo P=paciente idoso; I= desospitalização segura; C = comparação com cuidados domiciliares na Atenção Básica; O = verificar a qualidade da assistência prestada, que ajudou a permear a pergunta em questão para apresentar o problema, para uma definição concisa e para a resolução do problema abordado. Ao começarmos pelo paciente, esse pode se referir a um grupo em questão ou a apenas um. A intervenção consiste na medida em que será aplicada para a resolutividade do problema, com ela podendo ser de forma preventiva, prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos. A comparação ou controle é a intervenção mais utilizada, e, por fim, os resultados serão obtidos (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A primeira fase consiste na elaboração do problema do estudo: como está sendo a desospitalização do paciente idoso visando sua segurança em cuidados domiciliares? Este norteará as pesquisas bibliográficas para compor o projeto. Relacionada à primeira, a segunda fase é a busca e a amostragem da literatura associada ao problema da pesquisa, a procura deve ser ampla, objetiva e criteriosa. A partir disto, os critérios de inclusão de pesquisas para este estudo foram artigos disponíveis em plataformas on-line na íntegra, no idioma português, publicados de 2005 até 2020. Para selecionar esses artigos, foram utilizadas as seguintes descritores: enfermagem; paciente idoso; segurança do paciente; desospitalização; alta qualificada e cuidado domiciliar. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados no contexto da saúde: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO), Literatura Latino-americana e do

Caribe em ciências da Saúde (LILACS) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e no Google Acadêmico.

A terceira fase constitui-se na coleta de dados dos artigos obtidos durante a segunda fase. Após a seleção desses artigos, foi utilizado fichamento bibliográfico, pois nele consiste um resumo ou uma resenha crítica ou comentada para retirar as ideias principais dos autores dos artigos, feito em arquivos de computador (Microsoft Word). A quarta fase é correlacionada com a terceira, pois é a avaliação criteriosa dos resultados extraídos dos artigos pesquisados. Para este momento, após a realização do fichamento bibliográfico dessas pesquisas, foram analisadas se há ideias das quais podem embasar o estudo.

A quinta fase é a discussão dos resultados, neste momento, há a conclusão do estudo, sendo apontadas possíveis lacunas para estudos futuros. A sexta e última fase consiste na apresentação da pesquisa concluída, que deve ser clara e objetiva com informações completas e detalhadas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O período de busca para realização da pesquisa ocorreu nos meses de agosto e outubro de 2020.

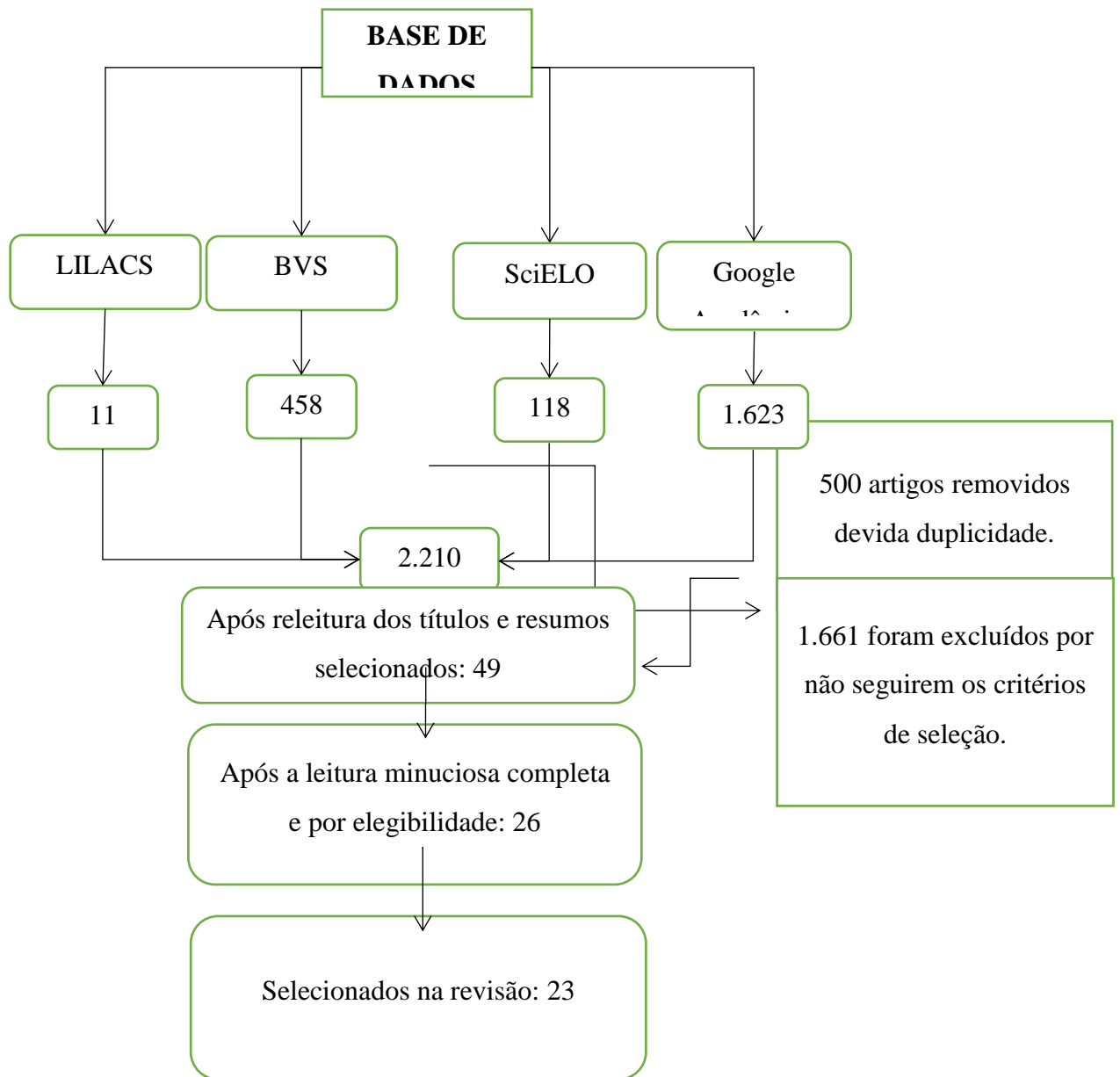
Quadro 1 – Quadro de descritores

1° DESCRITOR	2° DESCRITOR	3° DESCRITOR
Paciente idoso	Enfermagem	Desospitalização
Paciente idoso	Desospitalização	Segura
Paciente idoso	Cuidado	Domiciliar
Alta qualificada	Segurança do paciente	Enfermagem
Paciente idoso	Domicílio	Enfermagem
Alta qualificada	Domicílio	Idoso

Fonte: Elaboração própria.

Durante a busca, foram identificados 2.210 artigos, 500 artigos que se encontravam repetidos nas bases de dados foram removidos, 1.661 foram excluídos por não seguirem os critérios de seleção, 49 foram pré-selecionados a partir da leitura do seu título e do resumo, e 26 foram separados para uma leitura minuciosa. Após a leitura rigorosa desses artigos, no final, foram selecionados 23 artigos para discussão, pois respondiam à principal questão norteadora da pesquisa. No fluxograma a seguir, estão apresentados o processo de seleção.

Figura 1: Fluxograma



Fonte: Elaboração própria.

3 RESULTADO

Este estudo tem como objetivo analisar a desospitalização do paciente idoso visando à cultura da segurança do paciente e os cuidados domiciliares. Ao longo das buscas bibliográficas nas bases de dados virtuais, foram identificados 23 artigos que atenderam aos critérios de inclusão citados na metodologia da pesquisa, sendo dez artigos sobre a desospitalização do paciente idoso; seis artigos sobre a organização das redes básicas e sete artigos referente ao papel da enfermagem em relação ao cuidador e aos cuidados prestados na atenção domiciliar, visando à segurança do paciente idoso. Os artigos foram escritos, majoritariamente, por profissionais da área de enfermagem.

Dentre os artigos analisados, foram selecionadas obras elaboradas em instituições hospitalares, centros de pesquisas e universidades. No quadro 1, são contemplados estudos científicos, reunindo cada artigo individualmente, categorizando autor, título, objetivo, tipo de método utilizado e resultado, respectivamente.

Quadro 2 - Artigos publicados em revistas científicas sobre cultura de segurança do paciente idoso, entre 2005 e 2020, Ribeirão Preto, 2020.

(continua)

	Autor/Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
1	Santos et al., 2019.	Adaptação de longevos no domicílio após a internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar.	Identificar estímulos que interferem na adaptação de longevos no domicílio após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar.	Descritivo-qualitativo.	Participaram do estudo 11 longevos, com idades entre 80 e 94 anos. A partir dos depoimentos dos participantes, emergiram duas categorias: Estímulos que contribuem para respostas comportamentais adaptáveis em longevos e Estímulos que afetam negativamente a adaptação dos longevos.
2	Medeiros et al., 2017.	O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	Discutir os desafios da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando o paradigma da funcionalidade, a atenção domiciliar e a formação profissional, como uma tentativa de fomentar esse debate no âmbito da saúde coletiva.	Ensaio.	Aponta-se a necessidade de identificar a emergência de novos paradigmas de atenção à saúde do idoso, que apontem para uma visão holística dos indivíduos, rompendo com os modelos assistenciais centrados na doença, e que ressaltam a necessidade de preservação da funcionalidade e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos sujeitos.
3	Rajão et al., 2020.	Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde.	Analisar a AD no âmbito do SUS, de forma a identificar a legislação, o processo de consolidação, as modalidades de cuidado, os recursos disponíveis, além de caracterizar sua utilização e dimensionar desigualdades no uso de serviços no contexto nacional.	Exploratório com abordagem quali-quantitativa.	O perfil demográfico e epidemiológico coloca como missão o cuidar de múltiplas doenças crônicas em períodos contínuos. Assim, o quadro descrito mapeou uma AD circunscrita a algumas localidades, descrevendo os recursos disponíveis para atender a essas demandas de cuidado crescentes no contexto brasileiro e mundial.
4	Moro et al., 2016.	Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio.	Identificar o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes que necessitavam de cuidados domiciliares após a alta, o nível de risco para úlcera por pressão por meio da Escala de Braden, e a prevalência de úlcera e o contexto do cuidado domiciliar.	Transversal quantitativo.	Dos 23 participantes, 13 apresentavam risco para úlcera por pressão e a prevalência foi de 21,7%. Nove pacientes recebiam visita domiciliar. Nem todos os pacientes em risco realizavam corretamente todas as medidas de prevenção.

Quadro 2 - Artigos publicados em revistas científicas sobre cultura de segurança do paciente idoso, entre 2005 e 2020, Ribeirão Preto, 2020.

(continuação)

	Autor/Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
5	Ignácio, 2017.	Alta hospitalar responsável: em busca da continuidade do cuidado para pacientes em cuidados paliativos no domicílio, uma revisão integrativa.	Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de alta do paciente em cuidado paliativo.	Revisão integrativa.	No estudo, aponta-se que a alta hospitalar é uma transição específica e prevê a continuidade dos cuidados em domicílio. Ao mesmo tempo, o plano de cuidados também precisa acompanhar a dinamicidade da condição clínica do paciente, o que aumenta a complexidade dos cuidados de fim de vida com qualidade.
6	Domingues, 2019.	Paciente idoso desospitalizado: a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.	Verificar o uso e a continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do paciente idoso desospitalizado.	Exploratório, prospectivo e descritivo quanti-qualitativo.	Observou-se a importância do acolhimento e do suporte assistencial na Rede para a continuidade da Terapia ao paciente desospitalizado, que mesmo com as dificuldades, os pacientes fazem uso da TNED, sem relatos de reinternações.
7	Silva et al., 2017.	A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades.	Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares.	Descritivo e exploratório qualitativo.	Aponta-se que há 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.
8	Barreto et al., 2019.	Alta qualificada: informações precisas para atuação do enfermeiro em unidade de internação psiquiátrica.	Descrever informações que o enfermeiro precisa saber sobre a alta qualificada e a confecção de uma cartilha explicativa sobre essas informações.	Revisão literária.	Evidenciou-se que o enfermeiro deve ter conhecimento dos documentos necessários na alta, orientar o paciente quanto à continuidade do tratamento com pronúncia clara e eficaz, respeitar o tempo do paciente, limitações e compreensão, sanar todas as dúvidas na alta hospitalar.
9	Define et al., 2019.	Atendimento domiciliar da população idosa: potencialidades e desafios desta modalidade.	Conhecer as potencialidades e os desafios no Atendimento Domiciliar da população idosa.	Revisão integrativa.	Conclui-se que apesar dos desafios relacionados aos serviços de atendimentos domiciliares, esta modalidade tem muitas potencialidades, como a redução de custos em saúde e infecções, além do cuidado mais centrado no paciente e nos familiares.

Quadro 2 - Artigos publicados em revistas científicas sobre cultura de segurança do paciente idoso, entre 2005 e 2020, Ribeirão Preto, 2020.

(continuação)

	Autor/Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
10	Silva et al., 2015.	A Desospitalização de Idosos: Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Hospital Geral de Fortaleza.	Compreender como o Programa de Atendimento Domiciliar desenvolvido no Hospital Geral de Fortaleza contribui para as Políticas Públicas de Saúde voltadas à desinstitucionalização do idoso.	Documental	Evidenciou-se que o Programa de Atendimento Domiciliar é importante para desospitalização do idoso com doença crônica não transmissível, no gerenciamento dos leitos hospitalares, na gestão eficiente de custos e no atendimento aos pacientes, cuidadores e familiares de forma humanizada e, conseqüentemente, na promoção da qualidade na gestão do cuidado.
11	Jesus, 2017.	Desospitalização no âmbito público: Análise da desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII.	Analisar a desospitalização no hospital João XXIII, mediante as necessidades dos pacientes.	Descritivo qualitativo.	Evidências mostraram as dificuldades em desospitalizar quando há poucas estruturas de gestão interna e deficiência em programas sociais (políticas públicas).
12	Tonon et al., 2019.	Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos.	Analisar a contribuição da Atenção Domiciliar para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de profissionais e de usuários idosos.	Investigação qualitativa.	Descreve o perfil dos sujeitos – seis profissionais que atuam na AD, cinco de nível superior e um de ensino técnico; média de 39 anos; atuando no serviço há aproximadamente dois anos. Nos usuários, predominam: faixa etária de 60 a 69 anos; mulheres; ensino fundamental; casados.
13	Rodrigues et al., 2020.	Programa de tratamento fora de domicílio: análise à luz da integralidade.	Analisar a percepção dos usuários sobre o atendimento às necessidades de saúde ofertadas pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Estado do Amapá à luz do princípio da integralidade.	Exploratório, com abordagem qualitativa.	Emergem três categorias de análise: Necessidades de saúde e processo de busca pelo tratamento; Viagens, dificuldades e facilidades; Necessidades familiares e sociais.

Quadro 2 - Artigos publicados em revistas científicas sobre cultura de segurança do paciente idoso, entre 2005 e 2020, Ribeirão Preto, 2020.

(continuação)

	Autor/Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
14	Bernardo et al., 2020.	Sistematização da assistência de enfermagem e a segurança do paciente no ambiente domiciliar.	Identificar os tipos de riscos relacionados à segurança que os pacientes acamados estão mais expostos em seu domicílio e descrever as dificuldades que a equipe multidisciplinar de Atenção Básica encontra para proporcionar a segurança do paciente acamado de forma efetiva em seu domicílio.	Qualitativo, descritivo, exploratório.	Confecção do instrumento de registro, com base na Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) e nas recomendações para anotações de enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).
15	Pereira et al., 2018.	O papel da equipe de enfermagem na alta qualificada na redução das reinternações hospitalares.	Descrever o papel da equipe de enfermagem na alta qualificada na redução das reinternações hospitalares por meio do processo de implantação na Unidade enfermaria da Santa Casa do interior paulista/SP, como processo da integralidade no cuidado.	Exploratória.	Na Unidade enfermaria da Santa Casa do Interior Paulista, foi possível iniciar uma integralidade no cuidado e o papel da equipe de enfermagem.
16	Brito et al., 2014.	Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde.	O objetivo deste estudo foi analisar a atenção à saúde do idoso nas redes assistenciais por meio do sistema de referência e contrarreferência, considerando o princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS).	Avaliação construtivista, responsiva, com abordagem hermenêutica dialética.	Os resultados denotam que os discursos dos enfermeiros proporcionaram informações que retratam as fragilidades e deficiências do sistema de referência e contrarreferência nos níveis locais de saúde, com práticas assistenciais fragmentadas e desconexas.
17	Júnior et al., 2019.	Capacitação e formação necessárias aos cuidadores domiciliares: uma perspectiva na qualidade da assistência a pessoa idosa.	Corroborar com a necessidade de uma formação e capacitação dos cuidadores da pessoa idosa em domicílio e entender quem, em sua maioria, são os cuidadores e a real necessidade de uma formação/qualificação de suas competências.	Pesquisa sistemática.	É fundamental tomar consciência da importância do cuidador, muitas vezes familiar como de sua formação e voltar nossos olhos a população idosa, fazendo-se necessário que os cuidadores estejam preparados para lidar com o idoso, prestando cuidados mais humanizados e que possam sanar as necessidades dos mesmos.

Quadro 2 - Artigos publicados em revistas científicas sobre cultura de segurança do paciente idoso, entre 2005 e 2020, Ribeirão Preto, 2020.

(continuação)

	Autor/Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
18	Martins et al., 2009.	Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares.	Avaliar por meio da aplicação do WHOQOL-100, a qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares em saúde.	Transversal com abordagem quantitativa.	Os resultados mostraram idosos com média de idade de 69,84 anos, apresentando dificuldades para exercer atividades diárias, necessidade do uso de medicação contínua, prejuízo na sexualidade, vivendo em ambiente seguro, com alguma dificuldade financeira e bom acesso aos cuidados de saúde.
19	Carvalhais et al., 2013.	Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes.	Identificar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes idosos dependentes em contexto domiciliar e descrever dificuldades/obstáculos dos enfermeiros na promoção de cuidados mais expressivos.	Estudo exploratório (<i>Photovoice</i>).	A promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes em cuidados domiciliares envolve: i) trabalho e decisão em equipe multidisciplinar; ii) mais recursos materiais e humanos; iii) apoio aos cuidadores informais (quase sempre membros da família); vi) determinação dos enfermeiros.
20	Vieira et al., 2013.	O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar à luz de Imogene King.	Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem a idosos e cuidadores em domicílio tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria de Imogene King.	Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.	A elaboração de um plano de cuidados pautado na SAE ao idoso acamado contribuiu para a assistência humanizada, assim como potencializa o papel do cuidador familiar.
21	Borges et al., 2015.	Diminuição da funcionalidade em idosos reinternados.	Identificar em pacientes idosos reinternados a condição motora atual, a realização das atividades de vida diária durante a internação e a deambulação antes da internação.	Pesquisa quantitativa.	Os resultados apontam a existência de pacientes acamados e dependentes durante o período de reinternação. Esta situação ocorre, pois, os cuidadores acreditam erroneamente que o repouso no leito e a imobilização é a melhor forma de recuperação. Verifica-se a necessidade de um atendimento diferenciado à população idosa junto de uma equipe multiprofissional para o cuidado integral do idoso.
22	Martins et al., 2009.	Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio.	Identificar e classificar as necessidades de saúde e de educação, apresentadas pelos cuidadores familiares de idosos, baseado na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC).	Pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa.	Cuidar no domicílio é uma tarefa permeada de desafios para o cuidador, porém a educação em saúde pode contribuir para a realização segura deste, pois permite que os envolvidos neste processo manifestem suas reais necessidades e dialoguem com os profissionais de saúde, possibilitando ações condizentes para ambos.

Quadro 2 - Artigos publicados em revistas científicas sobre cultura de segurança do paciente idoso, entre 2005 e 2020, Ribeirão Preto, 2020.

(conclusão)

	Autor/Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
23	Nascimento et al., 2013.	Visitas domiciliares como estratégias de promoção de saúde pela enfermagem.	Analisar a visita domiciliar realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família como uma atividade de promoção da saúde.	Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.	As enfermeiras reconhecem que a visita domiciliar pode ser uma forma de promover a saúde de indivíduos, famílias e comunidade, mas, no cotidiano, a ação continua focando na doença, com ações curativas, de caráter individual, que não leva em consideração o contexto social no qual o usuário e sua família estão inseridos.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 – Proporção dos artigos entre os anos de 2005 a 2020

Quantidade de artigos	Ano de Publicação	Porcentagem
2	2009	8,69 %
3	2013	13,04 %
1	2014	4,34 %
2	2015	8,69 %
1	2016	4,34 %
4	2017	17,39 %
1	2018	4,34 %
6	2019	26,08 %
3	2020	13,04 %

4 DISCUSSÃO

No decorrer da elaboração do estudo científico, evidenciaram-se três temas, dentre eles estão: 1) o planejamento de alta e estratégias de segurança do paciente idoso no domicílio; 2) organização da atenção primária para desospitalização; e 3) o papel do enfermeiro na cultura de segurança do paciente idoso em nível domiciliar. Identificou-se a necessidade da capacitação dos profissionais da saúde diante da realidade da família no momento da desospitalização até o cuidado em domicílio, compreendendo as dificuldades da integralidade e da longitudinalidade no cuidado na atenção primária e o desafio de ouvir e educar o cuidador.

4.1 Planejamento de alta e estratégias de segurança do paciente idoso no domicílio

As obras retratam a escassez de profissionais da saúde desprendidos da visão hospitalocêntrica ao prestar assistência ao paciente junto à sua família. Durante o processo de internação, o cliente desenvolve estímulos negativos, sendo eles: o medo, a ansiedade e a insegurança e, também, estímulos positivos como a autonomia no autocuidado devido à ambiência, aos profissionais da saúde e ao cuidado prestado, esses são capazes de influenciar no processo de alta, na recuperação e na evolução da reabilitação deste paciente. Em relação à alta qualificada, outra obra aponta a necessidade de o cuidador responsável estar vinculado à sua elaboração, por estar inserido diretamente na realidade do paciente (SANTOS *et al.*, 2019; IGNÁCIO, 2017).

A alta qualificada tem como objetivo principal a continuidade do cuidado do paciente desospitalizado, articulando o nível primário de atenção à saúde, a fim de reintroduzir o cliente com êxito. O papel da equipe de enfermagem é fundamental no plano de alta, visto que esses profissionais lidam diretamente com o paciente e com o cuidador responsável. Cabe aos enfermeiros planejar antecipadamente, junto ao cuidador e à rede, os cuidados adequados a esse cliente, visando desde o acesso aos insumos e à unidade até a própria estrutura socioeconômica do paciente. No processo de alta, vale ressaltar a necessidade educativa de qualidade dos cuidadores, visto que a deficiência desta, pode gerar prejuízo ao cuidado prestado, como exemplo disso, a obra expõe que as maiores preocupações destes, estão relacionadas a agudização de doenças crônicas, como: medo dos episódios de hipertensão, quedas ou crises de asma, assim como, a falta de conhecimento de medicações, dietas e até mesmo o diagnóstico

do paciente, isso certifica que a falhas no momento da transmissão de orientação acessível e de conhecimento no momento da alta (PEREIRA *et al.*, 2018; MARTINS, *et al.*, 2007).

No transcorrer da pesquisa, a obra indica que os índices de reinternações acontecem por causas como: falha na administração de antibióticos ou quaisquer medicamentos que requerem rigor, problemas com lesões por pressão, devido ao descuido durante as mudanças de decúbito e/ou correção de glicemia. Em outra obra a autora Eloá Marcassi Borges, refere que um dos motivos das constantes reinternações destes idosos, estão diretamente relacionadas aos cuidadores que, erroneamente apostam que o repouso absoluto no leito e a imobilização do idoso garantem o melhor processo de recuperação. Diante dessas afirmações, pode-se afirmar que a equipe multiprofissional deve esbanjar conhecimento e criatividade no processo de passagem de informação acessível para paciente/família/cuidador (DEFINE *et al.*, 2019; BORGES, *et al.* 2015).

Alguns programas do SUS abordam precisamente o processo do cuidado do idoso já em domicílio e, em uma das obras selecionadas durante a pesquisa, é discutido sobre o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), que tem por objetivo garantir que o paciente e seus familiares sejam atendidos de forma humanizada e que a gestão do cuidado seja eficaz nesta transição de instituição hospitalar/domicílio. Nesta, ainda é levantada a necessidade de aperfeiçoamento no que desrespeito ao desenvolver do programa, sejam eles em relação aos profissionais atuantes e/ou no funcionamento dos protocolos propriamente ditos. Em outra obra, a visita domiciliar é discutida como parte fundamental no processo do cuidado, uma vez que, nesta o colaborador avalia a situação e todo o contexto ao qual o paciente está inserido e a partir desta triagem, são elaborados os planos de cuidado e estratégias, visando promoção, prevenção e ou recuperação da saúde (SILVA *et al.*, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2013).

4.2 Organização da atenção primária para desospitalização

O papel da Atenção Básica em garantir a continuidade do cuidado engloba o indivíduo e suas necessidades por completo. A assistência torna-se eficaz quando a responsabilidade com ele está em seus variados níveis de exigências, ofertando cuidado além do quadro clínico. Refletir sobre os aspectos religiosos, emocionais, econômicos, sociais, financeiros e educacionais interferem muitas vezes na adesão do tratamento e no vínculo com a unidade de referência (MEDEIROS *et al.*, 2017).

A ação que orienta o serviço de saúde e garante o acesso é definido por integralidade. Ela apresenta duas dimensões, a primeira seria, a perspectiva horizontal, que tem como propósito organizar os níveis da assistência desde baixa, média e alta complexidade articulando a rede de referência e contrarreferência. A segunda dimensão, seria a vertical, que tem por finalidade entender o indivíduo além do biológico, compreendendo seus aspectos psicológicos e sociais. (MEDEIROS *et al.*, 2017).

A integralidade do cuidado do nível hospitalar ao nível primário de saúde exige planejamento e reavaliação da assistência ao encaminhar o paciente para o domicílio. Esta conduta proporciona auditoria das informações prestadas ao cliente, ao familiar e ao cuidador, esclarecimento de possíveis dúvidas e disponibiliza orientações sobre o plano e a rotina da unidade. Algumas obras literárias reforçam essa ideologia ao referir as legislações no processo de união da Atenção Domiciliar no SUS, totalizando 19 portarias para nortear o sistema (RAJÃO *et al.*, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2017).

Artigos reforçam que o cuidado no domicílio viabiliza redução dos custos financeiros para as instituições hospitalares e, assim, possibilita ao cliente diminuição dos riscos de infecções, redução das mortalidades e proporciona melhor amparo emocional. Considerando essa informativa, ao refletir sobre o paciente idoso, as necessidades diante dos fatores fisiológicos se diferem, visto que são eles que mais fazem uso de dispositivos, tais como: sonda vesical de demora, sonda nasogástrica, traqueostomia, colostomia, curativos e prescrição de medicamentos de controle, além do auxílio nas doenças crônicas como diabete mellitus, hipertensão, doenças renais, entre outras. É papel da Atenção Básica avaliar a representação demográfica e os acontecimentos epidemiológicos, voltados para os idosos frágeis e vulneráveis, com agravos de saúde, dependência funcional, transtornos mentais e amparo familiar precário (DEFINE *et al.*, 2019).

Bases apontam, que a maioria dos custos hospitalares são através do consumo de medicamentos, em decorrência do uso para prevenir e controlar infecções hospitalares. As infecções associadas ao serviço de saúde, representam maior custo financeiro para as instituições e causam ao cliente maior permanência, conseqüentemente aumentam os custos de matérias, operacionais, locação, manutenção, além do desgaste emocional para o paciente e os familiares (VASCONCELLOS *et al.*, 2015).

Dados encontrados corroboram com o conceito sobre a percepção do cliente idoso nos cuidados em sua residência após a desospitalização, acrescentando a primordialidade da

capacitação dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Domiciliar, entre eles, os agentes comunitários, os técnicos e auxiliares de enfermagem, os enfermeiros, os médicos e, em algumas instituições de referência, os dentistas e os psicólogos. A aptidão deles influencia na evolução do quadro clínico do paciente idoso e proporciona autonomia no manuseio dos seus dispositivos, controle do uso dos medicamentos, aferição de glicemia e/ou pressão arterial, cuidados com os curativos, equilíbrio dos hábitos e estabelece forte vínculo com a equipe e, conseqüentemente, com a unidade (DOMINGUES, 2019).

O paciente idoso em muitos casos necessita de cuidados integrais, voltados para incapacidades funcionais, permanentes ou temporárias, precisando de amparo físico, alimentar, manobras de segurança e higiene. Desta forma, o cuidado concedido no âmbito domiciliar, requer capacitação e treinamento, visto que, muitas vezes é oferecido por indivíduos sem formação na área. É dever da equipe de enfermagem orientar e instruir estes cuidadores diante das condições clínicas do cliente e possíveis eventualidades. Além, de oferecer suporte emocional, pois as obrigações e a intensidade do cuidado podem evoluir para um grau de dependência maior (JÚNIOR *et al.*, 2019).

O trabalho com o paciente idoso é de responsabilidade multiprofissional, e o enfermeiro deve ser protagonista nesta atuação, visto que é ele quem avalia as condições clínicas do cliente, guia e treina a equipe, integra o cuidado, ensina o paciente, os familiares e o cuidador, atua em pontos críticos e realiza tomada de decisão precoce frente às diversidades e dificuldades. Acompanhando o idoso até a sua recuperação ou ofertando o máximo cuidado em condições crônicas ou paliativas (DOMINGUES, 2019).

4.3 O papel do enfermeiro na cultura de segurança do paciente idoso em nível domiciliar

As análises ante as pesquisas mostraram o quão dificultoso é para uma família receber o paciente idoso em casa após longa internação, independente de setor ou de enfermagem. Para que este processo seja facilmente compreensível para os familiares, o enfermeiro precisa estabelecer um plano de cuidados antes do paciente receber alta e explicar todo e qualquer procedimento para o cuidador responsável. Essa comunicação precisa ser clara para que o cuidador consiga assimilar o que lhe foi ensinado para que em domicílio consiga colocar em prática sem quaisquer problemas. Além da alta qualificada, a equipe hospitalar precisa transferir as informações desses cuidados para a rede de atenção primária em que o paciente está inserido,

por meio da contra referência. É necessário conter informações do paciente no momento de alta, como por exemplo, se o paciente possui sonda nasoentérica, se possui lesões por pressões, os estágios, forma de curativo, quem pode realizar este procedimento, entre outras informações (MORO *et al.*, 2016).

A integralidade do cuidado dá-se através do sistema de referência e contra referência do SUS que integra os diferentes níveis de atenção à saúde para que assim a assistência ao paciente seja ofertada de forma completa e continuada. É caracterizado como um organizador ao fluxo assistencial. A continuidade do cuidado ao paciente idoso recém hospitalizado e que precisa de assistência domiciliar é extremamente delicada e complexa, diante disso, este sistema possibilita a troca de informações entre os níveis de atenção, qualificando e reduzindo serviços por parte da equipe que atenderá em domicílio e também, o risco de reinternação hospitalar (BRITO *et al.*, 2014).

O enfermeiro da atenção domiciliar precisa avaliar, de forma integral, as condições biológicas, físicas e sociais do paciente que precisará de cuidados domiciliares. Estudos apresentaram que o profissional precisa ter um olhar além da doença do paciente para que seu plano de cuidados seja efetivo e que garanta a segurança do paciente idoso. As informações ao paciente e ao cuidador responsável necessitam abranger aspectos dentro de sua realidade e nível de entendimento, o profissional enfermeiro precisa saber escutar quais são as dúvidas, os anseios e os receios diante da nova situação da família. É imprescindível ao enfermeiro enxergar que diante das necessidades do cuidado ao paciente e do cuidador responsável exista a privação dessas pessoas em manter a autonomia no modo de conduzir a própria vida (DOMINGUES, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2020).

O paciente idoso, com múltiplos diagnósticos, pode acarretar diversas complicações devido doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis, devido a isso, gera maior necessidade de um cuidado domiciliar mais seguro e qualificado. O profissional enfermeiro e o cuidador responsável pela assistência domiciliar precisam entender e respeitar o cliente idoso em sua totalidade isso porque criarão um espaço de acolhimento ao paciente que permitirá melhor qualidade de vida (MARTINS *et al.*, 2009).

O risco de atender ao paciente idoso em domicílio inicia no momento em que não há recursos humanos e materiais disponíveis e então, o profissional da enfermagem necessita improvisar a assistência para melhor responder às necessidades do cliente e é nesse momento

que é preciso direcionar o cuidado em fundamentos seguros para promover a segurança do paciente idoso, mesmo que este esteja no conforto de seu lar (CARVALHAIS *et al.*, 2013).

Para um cuidado seguro e humanizado, o enfermeiro precisa sistematizar a assistência potencializando a autonomia do paciente idoso e buscando desenvolver soluções para problemas já existentes e/ou potenciais, envolvendo cuidador responsável e cliente idoso. Ao traçar os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro necessita, junto ao cuidador e o paciente, planejar metas sustentando a segurança do paciente e prescrições procurando entender os principais desafios e ansiedades destes para que a assistência seja prestada de forma efetiva e evolutiva (VIEIRA *et al.*, 2013).

Em suma, as obras evidenciam a necessidade da escuta qualificada do enfermeiro desde o momento da alta do paciente idoso até a chegada em domicílio. Além disso, a importância da comunicação entre atenção terciária/secundária com a atenção primária para que exista, em prática, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado ao usuário do SUS. A segurança do paciente idoso resultará por meio de um plano de cuidado efetivo proveniente de uma educação continuada e de uma escuta ativa (SANTOS *et al.*, 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao paciente idoso é de responsabilidade multiprofissional, porém, cabe à equipe de enfermagem determinar o plano de cuidado específico de cada paciente. Por meio deste estudo, foi possível evidenciar que a segurança do paciente idoso depende da capacitação dos profissionais para que eles possam enxergar o cliente de forma integral e transformar a visão hospitalocêntrica em uma visão mais humanizada.

É fundamental que o nível terciário/secundário exerça seu papel diante do sistema de contrarreferência para que as transferências de informações sejam passadas para a atenção primária com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado deste paciente idoso que agora necessitará de cuidados em domicílio por meio da atenção domiciliar.

A partir da alta qualificada, o enfermeiro responsável pela atenção domiciliar desse paciente necessitará compreender a realidade em que o cliente está inserido para que, dessa forma, o plano de alta seja eficaz. Em conjunto com os familiares, o cliente e o cuidador responsável, o enfermeiro deve escutar e esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, e fornecer, de forma clara e acessível, as orientações quanto aos cuidados que o paciente idoso precisará, visando a sua segurança, mesmo em domicílio.

REFERÊNCIAS

BAHIA. COREN - BA. **Parecer COREN - BA nº 021/2013**. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso em: 20 maio 2020.

BARRETO, S. M. S. *et al.* Alta qualificada: informações precisas para atuação do enfermeiro em unidade de internação psiquiátrica. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 9, p. 18-36, mar. 2019. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/277/pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

BORGES, E. M. *et al.* Diminuição da funcionalidade em idosos reinternados. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 2, n. 22, p. 38-41, jun. 2015. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/140/62>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo Prevenção de Quedas**. 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Equipe Técnica do Nusi (Núcleo de Saúde do Idoso). **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso**. 2014. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/5.3_PDF_Atencao_a_Saude_do_Idoso.pdf. Acesso em: 6 abr. 2020.

BRASIL. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Coordenação de Edições Técnicas. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Senado Federal, 2017. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/530232/estatuto_do_idoso_1ed.pdf. Acesso em: 6 abr. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro Para Excelência em Saúde. Organização Mundial da Saúde. **10 Fatos sobre Segurança do Paciente**. 2018. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/10-fatos-sobre-seguranca-do-paciente-segundo-a-organizacao-mundial-da-saude/>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 18 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral**. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa: envelhecimento e saúde**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em: 18 fev. 2020.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Aliança Mundial para Segurança do Paciente**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&view=article&id=931&Itemid=677. Acesso em: 18 fev. 2020.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Segurança do Paciente**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=428:seguranca-do-paciente&Itemid=463. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRITO, M. C. C. *et al.* Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1128-1138, 1 jul. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750623025>. Acesso em: 20 out. 2020.

CALDANA, G. *et al.* Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, set. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf. Acesso em: 18 maio 2020.

CARVALHAIS, M. *et al.* Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 160-172, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

COREN. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/uso-seguro-medicamentos.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

DEFINE A. P. F. *et al.* Atendimento domiciliar da população idosa: potencialidades e desafios desta modalidade. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 9, p. 113-122, out.

2019. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/322/pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

DOMINGUES, E. A. **Paciente idoso desospitalizado**: a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar. 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7143/tde-09122019-181732/publico/Elisangela_Domingues.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

FLESCHE, L. D. *et al.* Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 3, p. 157-238, set. 2014.

GOMES, S. M. P. S. *et al.* Capacitação e formação necessárias aos cuidadores domiciliares: Uma perspectiva na qualidade da assistência a pessoa idosa. *In*: TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Belo Horizonte: Poisson, 2019. cap. 12. p. 1-155. Disponível em: https://www.poisson.com.br/livros/saude/volume4/Saude_vol4.pdf#page=85. Acesso em: 21 out. 2020.

IGNÁCIO, D. S. **Alta hospitalar responsável**: em busca da continuidade do cuidado para pacientes em cuidados paliativos no domicílio, uma revisão integrativa. 2017. 70 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-18072017-092819/publico/DENISESARRETAIGNACIO.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

JESUS, G. M. A. **Desospitalização no âmbito público**: análise da desospitalização no hospital pronto socorro João XXIII. 2017. 67 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <http://monografias.fjp.mg.gov.br/bitstream/123456789/2331/1/DESOSPITALIZA%c3%87%c3%83O%20NO%20%c3%82MBITO%20P%c3%9aBLICO.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

KLAKONSKI, E. A. *et al.* Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Pesquisa**, Paraná, v. 8, n. 1, p. 161-171, nov. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3797/2522>. Acesso em: 14 maio 2020.

MARTINS, J. J. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 22, p. 265-271, out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a05v22n3.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

MEDEIROS, K. K. A.S. *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 288-295, set. 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0288.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

MENDES, K. D. S. *et al.* Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 17, p. 758-764, dez. 2008.

MORO, J. V. *et al.* Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-6, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160058.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

NASCIMENTO, J. C. *et al.* História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 299-309, nov. 2015. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf. Acesso em: 18 fev. 2020.

NASCIMENTO, J. S. *et al.* Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 513-522, 30 dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3116/pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

NEMER, C. R. B. *et al.* Programa de tratamento fora de domicílio: análise à luz da integralidade. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 44-49, abr. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3092/769>. Acesso em: 20 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **A ONU e as pessoas idosas**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 6 abr. 2020.

RAJÃO, F. L. *et al.* Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no sistema único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 1863-1877, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1863.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

REIS, J. F. **A implantação de alta qualificada em um hospital universitário como processo da integralidade no cuidado**. 2015. 23 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Famerp, São José do Rio Preto, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1082883>. Acesso em: 14 maio 2020.

RIBEIRO, S R. **A desospitalização de pacientes idosos com condições crônicas ou dependência**. 2016. Disponível em: <http://observatoriodasauderj.com.br/a-desospitalizacao-de-pacientes-idosos-com-condicoes-cronicas-ou-dependencia/>. Acesso em: 14 out. 2020.

SANDOVAL, O. R. B. **O Juramento de Hipócrates**. Disponível em: <https://www.fmrp.usp.br/pb/arquivos/3652>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SANTOS, F. B. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem e a segurança do paciente no ambiente domiciliar. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 106-113, dez.

2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2679/713>. Acesso em: 20 set. 2020.

SANTOS, J. L. P. *et al.* Adaptação de longevos no domicílio após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 28, p. 1-14, dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180286.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

SILVA, G. G. P. *et al.* Saúde do idoso: abordagem da literatura sobre a segurança do paciente. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 22, p. 64-75, jan. 2018. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/249/pdf_1. Acesso em: 6 abr. 2020.

SILVA, K. L. *et al.* A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 38, n. 4, p. 1-9, 7 jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v38n4/1983-1447-rngenf-38-04-e67762.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

SILVA, L. P. *et al.* **O papel da equipe de enfermagem na alta qualificada na redução das reinternações hospitalares**. 2018. 8 f. Monografia (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Fundação Educacional do Município de Assis, Assis, 2018. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1611370027P810.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

SILVA, M. S. N. V. *et al.* A Desospitalização de Idosos: programa de atendimento domiciliar (pad) do hospital geral de fortaleza. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, [s.i.], v. 5, n. 15, p. 202-223, set. 2015. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/1008/858>. Acesso em: 20 set. 2020.

SOUZA, M. T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Acesso em: 14 maio 2020.

VASCONCELLOS, J. F. *et al.* Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 110-115. jul. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n2/a4974.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2020.

VERAS, R. P. *et al.* **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado**. 2018. 8 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1929.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2020.

VIEIRA, Lara Lázara *et al.* O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar à luz de imogene king. **Revista de Enfermagem: UFPE Online**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5500-5509, set. 2013.

Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7818/1/2013_art_caslfreitas.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Collaborative**. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/partnerships/GPS-collaborative/en/>. Acesso em: 10 abr. 2020.

XAVIER, G. T. O. *et al.* Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-12, ago. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n2/pt_1809-9823-rbgg-22-02-e180151.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.