

## Percepções sobre o itinerário terapêutico de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva até atenção primária na rede de saúde

### Perceptions on the therapeutic itinerary of patients hospitalized in the Intensive Care Unit to primary care in the health network

DOI:10.34117/bjdv9n3-136

Recebimento dos originais: 17/02/2023

Aceitação para publicação: 16/03/2023

#### **Fernanda Vargas Ferreira**

Pós-Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Instituição: Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Endereço: BR 472, Km 585, Caixa Postal 118, CEP: 97501-970, Uruguaiana - RS

E-mail: fernandaferreira@unipampa.edu.br

#### **Marta Fioravanti Carpes**

Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Instituição: Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Endereço: BR 472, Km 585, CEP: 97501-970, Uruguaiana - RS

E-mail: martacarpes@gmail.com

#### **Rafael Tamborena Malheiros**

Doutor em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Instituição: Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana - RS

Endereço: Rua Iris Valls, 3252, Nova Esperança, CEP: 97503-260, Uruguaiana - RS

E-mail: rafaelmalheiros@gmail.com

#### **Pietra Minuzzi de Vargas**

Mestra em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Pampa

Instituição: Universidade Federal do Pampa

Endereço: Rua Daltro Filho 1683, Centro, CEP 97610-000, São Francisco de Assis - RS

E-mail: pietraminuzzi@gmail.com

#### **Carla Gabriela Rodrigues de Souza**

Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Instituição: Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Endereço: Rua João Rossi, 113, Jóquei Clube, CEP: 97511-684, Uruguaiana - RS

E-mail: carlagraSouza@gmail.com

#### **Guilherme Nunes Salbego**

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Instituição: Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Endereço: Rua professor João Batista, 94, Vila Itú, CEP: 97700-000, Santiago - RS

E-mail: guilhermesalbego.aluno@unipampa.edu.br

## RESUMO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que visam organizar verticalmente os pontos de atenção da RAS, desde o nível primário ao terciário. Objetivo: relatar a experiência no acompanhamento de uma série de casos de usuários internados em nível hospitalar e seus itinerários na rede de atenção à saúde. Materiais e Métodos: Estudo do tipo relato de experiência de projeto de extensão “CAMInHAR: Capacidade funcional, Movimento, Independência do Hospital A Reabilitação” em parceria com o Programa de Residência Integrado Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) realizado entre abril e julho de 2022. Os usuários foram avaliados em relação à capacidade funcional em nível terciário e após 30 dias de alta hospitalar, sendo verificado o trajeto do percurso entre os níveis de atenção à saúde. Resultados: A amostra foi constituída de cinco casos (três mulheres e dois homens), em que apenas um (1) indivíduo estava sob tratamento fisioterapêutico voltado à reabilitação. Adicionalmente, somente um (1) usuário havia sido procurado pela equipe da Atenção Primária o qual está vinculado. Também, mesmo após mais de 30 dias da alta hospitalar, os indivíduos reportaram algum grau de déficit na capacidade funcional em decorrência do período de internação. Discussão: Tais resultados sugerem que o atendimento não é multiprofissional, não se apresenta integralizado e que existem entraves dentro da própria rede de atenção. Conclusão: Embora seja estudo de caso, o relato de experiência aponta a necessidade de reorganizar os fluxos de encaminhamentos dentro da rede de saúde do município, propiciando um cuidado mais integral e multiprofissional e em conformidade com o objetivo das RAS.

**Palavras-chave:** redes nacionais de saúde, reabilitação, atenção primária, Unidade de Terapia Intensiva.

## ABSTRACT

The organization of the Unified Health System (SUS) involves the Health Care Networks (RAS) that aim to vertically organize the RAS care points, from the primary to the tertiary level. Objective: to report the experience in monitoring a series of cases of hospitalized users and their itineraries in the health care network. Materials and Methods: An extension project experience report study “CAMInHAR: Functional capacity, Movement, Independence of Hospital A Rehabilitation” in partnership with the Multiprofessional Integrated Residency Program in Collective Health of the Federal University of Pampa (UNIPAMPA) carried out between April and July 2022. Users were evaluated in relation to capacity functional at a tertiary level and after 30 days of hospital discharge, with verification of the path between levels of health care. Results: The sample consisted of five cases (three women and two men), in which only one (1) individual was undergoing physiotherapeutic treatment aimed at rehabilitation. Additionally, only one (1) user had been sought by the Primary Care team to which he is linked. Also, even more than 30 days after hospital discharge, the individuals reported some degree of deficit in functional capacity as a result of the period of hospitalization. Discussion: Such results suggest that the service is not multidisciplinary, it is not integrated and that there are obstacles within the care network itself. Conclusion: Although it is a case study, the experience report points to be need to reorganize the referral flows within the municipality's health network, providing a more comprehensive and multidisciplinary care and in accordance with the objective of the RAS.

**Keywords:** national health networks, rehabilitation, primary attention, Intensive Care Unit.

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva é firmada em um campo de conhecimentos voltados à saúde e a explicação de seus determinantes sociais, com característica interdisciplinar e multiprofissional (Paim e Almeida 2014). Este contexto propicia uma vivência dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) muito singular que permite a visualização da sua organização e cuidado aos seus usuários.

A organização do SUS ocorre por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que se integram por meio de sistemas de apoio técnico, logístico, gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado (Carvalho, 2016). A gestão clínica dispõe de ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS, e assim manter os princípios basilares do SUS e impactando diretamente na construção da saúde (Brasil, 2017).

A Atenção Básica (AB) deve ser oferecida integral e gratuitamente para todos, dentro de suas necessidades e demandas dos territórios, caracterizando-se como a principal porta de entrada da RAS, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços. Os hospitais, enquanto integrantes da RAS atuam de forma articulada à AB porque a mesma é coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, tendo como garantia a continuidade do cuidado por meio da articulação com os demais pontos da rede, tendo papel importante para garantia da resolutividade da condição da saúde (Brasil, 2011).

As internações hospitalares no Brasil, somente nas capitais, no mês de julho de 2022 chegaram a 323.809 mil. No Rio Grande do Sul no mesmo período aconteceram 64.175 mil internações hospitalares, 534 delas na cidade de Uruguaiana (DATASUS, 2022). No ano de 2018, no período de janeiro a abril, no município de Uruguaiana, ocorreram duas (2) internações por finalidade diagnóstica, 1259 por procedimentos clínicos e 596 por procedimentos cirúrgicos, além de uma (1) internação voltada para o setor de transplantes de órgãos, tecidos e células (Secretária Municipal de Saúde, 2018).

Sabendo que as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se caracterizam por serem setores de alto custo que se destinam a usuários em situação clínica grave ou de risco, que necessitam de cuidados intensivos e de assistência médica, de enfermagem e fisioterapia interrompidos, monitorizações contínuas de 24 horas, seu impacto é significativo nos usuários que passam por ela (Brasil, 2011). As internações se caracterizam por doenças cardiovasculares e o tempo de permanência e a mortalidade nas unidades varia de

instituição para instituição, sendo a média de 1 a 23 dias, é importante perceber que é um fator impactante na capacidade funcional (Aguiar et al, 2021).

A capacidade funcional (CF) é definida pela capacidade de realizar atividades cotidianas sem disfunção ou limitação, é influenciada pelo contexto que o indivíduo está inserido e suas condições extrínsecas e intrínsecas sendo um preditor importante da qualidade de vida (Pinto et al, 2021). O processo de internação hospitalar tem impacto direto na CF dos indivíduos logo após a saída da UTI, sendo recuperada apenas em seu trigésimo dia após a alta hospitalar, o tempo de ventilação mecânica e internação influenciaram diretamente na capacidade funcional após o egresso da unidade de terapia intensiva (Cruzel et al, 2018).

Levando em consideração que o processo de desospitalização deve se agregar aos princípios basilares do SUS, principalmente a integralidade, a alta hospitalar deve ser um processo contínuo, construído coletivamente, com o objetivo de prestar um melhor cuidado a pessoas com algum grau de dependência devido aos avanços da medicina (Brasil, 2020). Embora na teoria haja a delimitação dos papéis e atribuições, se percebe uma série de entraves dentro da rede que dificultam a comunicação dos pontos de atenção. Tal cenário gera uma fragilidade na coordenação do cuidado que acarreta um enfraquecimento das RAS que, por conseguinte, pode impactar negativamente no acompanhamento longitudinal do usuário (Mauro et al, 2021).

Baseado nessas premissas, o objetivo deste trabalho foi relatar uma série de casos de pacientes assistidos na UTI e seus itinerários na rede de atenção do município após a alta hospitalar.

## **2 CASUÍSTICA E MÉTODO**

Trata-se de um estudo de abordagem descritiva do tipo relato de experiência realizado no Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, único hospital do município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul que apresenta cerca de 126 mil habitantes e que conta com 23 Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Tal relato está vinculado a um projeto de extensão intitulado “CAMInHAR: Capacidade funcional, Movimento, Independência do Hospital A Reabilitação” registrado na instituição sob o nº 87 cujo objetivo é acompanhar o trajeto de usuários assistidos na Atenção Terciária (Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana – HSCU), conveniados pelo SUS e residentes no município de Uruguaiana, com cadastro no Sistema de Prontuário Eletrônico Municipal nos meses de abril a setembro do ano de

2022. Foram excluídos: óbito, usuário de convênio, ausência do cadastro no prontuário eletrônico municipal, impedimento de contato telefônico ou recusa de responder às perguntas.

Seguiram-se as etapas:

1 – Em nível hospitalar; a) identificação dos casos por meio da lista de relação de pessoas internadas na UTI; b) coleta de informações, seguidas da realização da avaliação da força muscular conforme os critérios do *Medical Research Council* (MRC) em 12 grupos musculares de membros superiores e inferiores; em que um escore total abaixo de 48/60 designa fraqueza muscular adquirida em UTI significativa, e escore total MRC abaixo de 36/48 indica fraqueza grave (Latronico e Gosselink, 2015); escala *Perme Intensive Care Unit Mobility Score* que mede de forma objetiva a condição de mobilidade do paciente internado na UTI. Inicia com a habilidade de responder a comandos e culmina com a distância caminhada em dois minutos. O escore varia de 0 a 32 pontos, divididos em 15 itens, agrupados em 7 categorias: estado mental, potenciais barreiras a mobilidade, força funcional, mobilidade no leito, transferências, dispositivos de auxílio para deambulação e medidas de resistência. Nessa escala, pontuação elevada indica alta mobilidade e menor necessidade de assistência. Inversamente, uma baixa pontuação indica baixa mobilidade e maior necessidade de assistência (Kawaguchi et al, 2016).

Ao ser encaminhado para o andar (pós-alta da UTI), realizava-se uma nova avaliação da força muscular (com o instrumento previamente mencionado) e após aplicava-se o Índice de Barthel (IB) que avalia a dependência funcional em diversos domínios do cuidado pessoal a capacidade de transferências e locomoções. O escore pode variar de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo do 100, maior a independência (Mínosso et al, 2010). Empregou-se esse índice devido à impossibilidade de avaliar a mobilidade pela Perme cujo uso é restrito à UTI.

A dispneia foi avaliada com a *Modified Medical Research Council* – (mMRC), composta por cinco itens, sendo apontado pelo paciente qual item corresponde às limitações causadas pela dispneia, com o intuito de avaliar se há desconforto respiratório em atividades leves, moderadas ou intensas (Kovelis et al, 2008).

2 – Em nível básico: a) entrou-se em contato com os pacientes por ligação telefônica após 30 a 40 dias da alta hospitalar. Consultou-se o sistema CELK<sup>®</sup> Saúde que é um sistema de gestão em saúde que gerencia o fluxo de trabalho do município e que conecta diversos estabelecimentos de saúde, sendo assim, uma ferramenta de

armazenamento de informações. Em Uruguaiana/RS, esse sistema integra a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), centros de especialidades da Atenção Secundária (AS) e as 23 ESF o que permite verificar o itinerário dos pacientes / usuários assistidos nas Atensões Básica e Secundária.

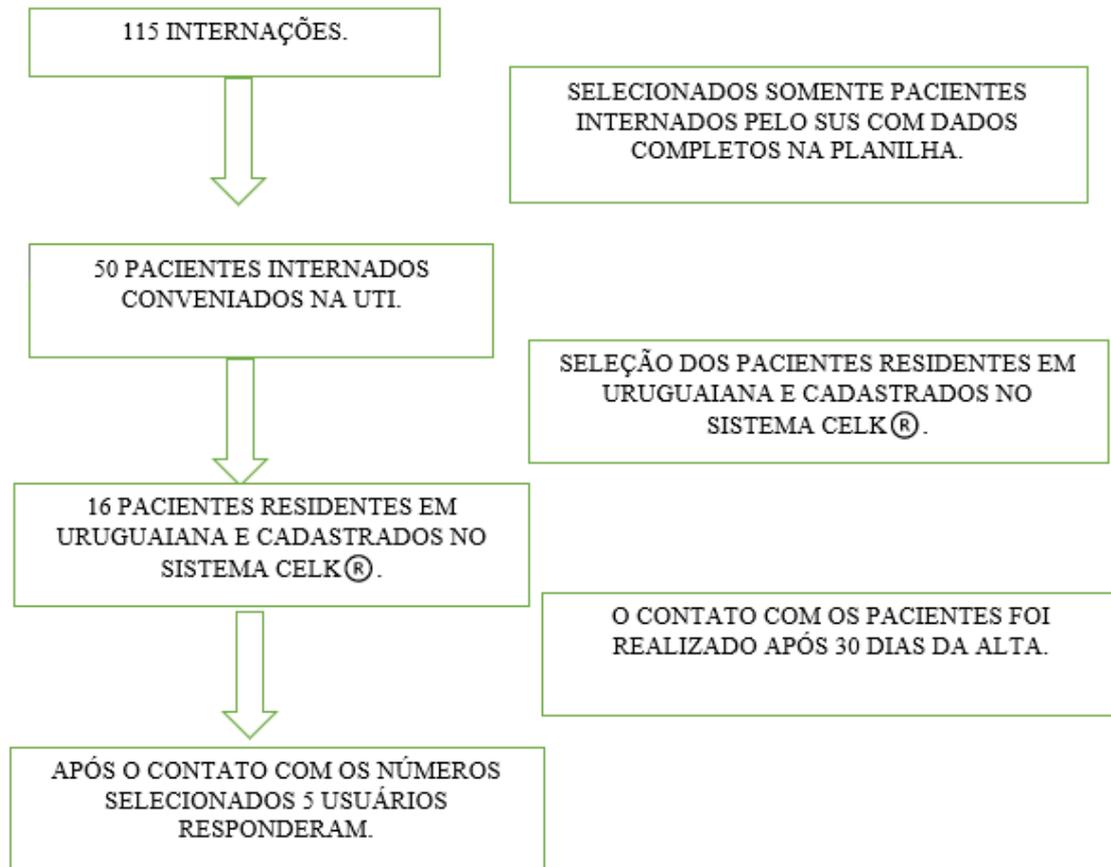
Tais pacientes / usuários foram localizados em suas regiões adscritas às ESF, sendo entrevistados por ligação telefônica com perguntas relativas à saúde, à recuperação funcional e ao vínculo do sistema após a alta hospitalar. O questionário (no formato de entrevista) foi constituído das perguntas: 1-Como está fazendo para se alimentar? Precisa de ajuda? 2. Como está para ir ao banheiro e tomar banho? Precisa de ajuda? 3.Vestir-se, precisa de ajuda? 4. Necessita de fralda ou algo desse tipo? 5. Precisa de ajuda para se pentear? 6. Como tem sido passar da cama para cadeira e da cadeira para a cama? 7. Como tem sido para caminhar, tem cansado muito? 8. Consegue subir escadas? 9. Tem sentido falta de ar? 10. Tem sentido perda de força? 11. O senhor foi procurado pela Estratégia de Saúde da Família (posto) do seu bairro? Ou o senhor procurou o serviço? Como foi? 12. Precisou de serviço especializado (algum médico especialista, ou teve que ir a policlínica adulto para algum procedimento?) 13. O senhor fez ou está na lista de espera para fazer atendimento fisioterapêutico após alta hospitalar? Destaca-se que esse questionário, baseado no IB e na escala mMRC para dispneia, foi validado previamente por três (3) profissionais que possuem especialização em Saúde Pública / Saúde Coletiva.

### 3 RESULTADOS

Entre abril e julho/2022 ocorreram 115 internações na UTI do HSCU, e desses, pelos critérios mencionados, selecionaram-se cinco (05) pacientes/usuários do projeto de extensão. O processo da seleção se deu através da lista de internações da UTI, onde foram selecionados os pacientes conveniados pelo SUS, desses, 50 indivíduos se encaixavam no perfil, foram identificados os que residiam em Uruguaiana e estavam cadastrados no sistema CELK<sup>®</sup> sendo um total de 16 pacientes, entrou-se em contato com estes 16 pacientes, e percebeu-se que muitos não possuíam contato atualizado ou se recusaram a responder, chegando a 5 casos que foram contatados. A seguir o fluxograma apresenta estas etapas:

#### FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS RELATOS:

Figura 1.



Fonte: Autores (2022).

QUADRO DE RELATO DOS 5 PACIENTES.

<b>Perguntas:</b>	<b>Paciente 1:</b> Homem, 42 anos, internado para procedimento cirúrgico de laparotomia exploratória. Ficou internado no hospital durante 20 dias, sendo três dias na UTI. Segue abaixo as respostas após 30 dias de alta hospitalar.	<b>Paciente 2:</b> Mulher, 28 anos, internada por crise asmática exacerbada por 21 dias, sendo sete dias na UTI. Segue abaixo as respostas após 32 dias de alta hospitalar.	<b>Paciente 3:</b> Mulher, 78 anos, internada por acidente vascular encefálico durante 10 dias, sendo cinco dias na UTI. Abaixo constam as respostas advindas de familiar após 35 dias da alta hospitalar. Segundo familiar, passou a apresentar hemiparesia progressiva.	<b>Paciente 4:</b> Homem, 57 anos, internado por acidente vascular encefálico durante 05 dias, sendo três dias na UTI. Descrevem-se as respostas após 37 dias de alta hospitalar.	<b>Paciente 5:</b> Mulher, 56 anos, internada por Acidente Vascular Encefálico durante 09 dias, sendo um dia na UTI. Se citam as respostas após 36 dias de alta hospitalar.
1-Como está fazendo para se alimentar? Precisa de ajuda?	Não precisar de ajuda para se alimentar, se alimenta por via oral	Precisa de ajuda para se alimentar, alimenta-se via oral.	Precisa de ajuda para alimentar-se	Não precisa de ajuda para se alimentar, se alimentando via oral.	Não precisar de ajuda para se alimentar.
2. Como está para ir ao banheiro e tomar banho? Precisa de ajuda?	Vai sozinho não precisa de ajuda para ir ao banheiro.	Precisa de ajuda para ir ao banheiro,	Precisa de ajuda para banhar-se	Sem ajuda para ir ao banheiro e tomar banho	Não precisar de ajuda para ir ao banheiro.
3.Vestir-se, precisa de ajuda?	Não, veste-se sozinho	Precisa de ajuda para vestir-se	Precisa de ajuda para vestir-se	Precisa às vezes de ajuda vestir-se	Não precisar de ajuda para vestir-se.
4. Necessita de fralda ou algo desse tipo?	Não fez uso de fralda, e que está em uso de bolsa de colostomia,	Não está em uso de fralda	Precisa de ajuda para em uso de fralda.	Usou fralda nos primeiros dias pós internação, depois não mais.	Não usa fralda.
5-.Precisa de ajuda para se pentear?	Não precisa de ajuda para pentear-se	Precisa de ajuda para pentear-se	Precisa de ajuda para pentear-se	Pentea-se com dificuldade.	Não precisa de ajuda para pentear-se.
6. Como tem sido passar da cama para cadeira e da cadeira para a cama?	Tem passado da cama para cadeira e da cadeira para cama sem dificuldade	Passagens da cama para cadeira e da cadeira para cama não está realizando	Não realiza transferências	Tem dificuldade para realizar transferência da cama para cadeira e da cadeira para a cama.	Tem realizado sem dificuldade a transferência da cama para a cadeira e da cadeira para a cama.

7. Como tem sido para caminhar, tem cansado muito?	Não sente cansaço quando caminha, mas que a respiração não está totalmente recuperada	Não relata cansaço ao caminhar porque está em uso de cadeira de rodas.	Não deambula	Tem se sentido bastante cansado.	Não apresenta cansaço ao caminhar.
8. Consegue subir escadas?	Não treinou subir escadas ainda	Não consegue subir escadas	Não deambula	Não sobe escadas	Consegue subir escadas.
9. Tem sentido falta de ar?	Quando caminha muito	Não sente falta de ar	Não deambula	Sente falta de ar ao caminhar poucos metros	Sem falta de ar.
10. Tem sentido perda de força?	Um pouco	Sentiu perda de força	Ausência de força muscular para realizar atividades funcionais	Sente perda de força do lado direito como seqüela do AVC	Sentir falta de força muscular.
11. O senhor foi procurado pela Estratégia de Saúde da Família (posto) do seu bairro? Ou o senhor procurou o serviço? Como foi?	Tem procurado a Estratégia de Saúde da Família, não foi procurado, foi normal.	Foi procurada pela ESF logo após a alta hospitalar, família possuía o contato da Unidade	Ao relatar sobre o vínculo com a ESF a paciente pelo endereço pertence a uma ESF, mas está cadastrada em outra e realiza o acompanhamento	Procurou a ESF de referência, já tinha vínculo com a unidade.	Não procurou e nem foi procurada pela ESF de referência.
12. Precisou de serviço especializado (algum médico especialista, ou teve que ir a policlínica adulto para algum procedimento?)	Foi encaminhado para o ambulatório de especialidades por conta da bolsa	Foi encaminhada a consulta com especialista, neurologista	Foi uma vez a uma consulta com cardiologista	Foi encaminhado ao cardiologista	Realiza acompanhamento na atenção secundária com cardiologista, foi encaminhada.
13. O senhor fez ou está na lista de espera para fazer atendimento fisioterapêutico após alta hospitalar?	Não está realizando fisioterapia e não foi encaminhado.	Foi encaminhada à fisioterapia e está realizando tratamento fisioterapêutico pela Universidade Federal do Pampa	Foi encaminhada a realizar fisioterapia domiciliar e não está realizando.	Foi encaminhado para lista de espera de fisioterapia municipal a mais de um mês	Está na fila de espera para fisioterapia municipal.

Fonte: Autores (2022).

#### 4 DISCUSSÃO

Com base nos resultados, verifica-se que todos os casos acompanhados mostraram algum impacto na capacidade funcional, a qual reverbera em seus cotidianos mesmo após, no mínimo, 30 dias de alta hospitalar. Tal panorama vai ao encontro da premissa de que a internação em UTI provoca declínio funcional podendo persistir após a alta hospitalar (Santos et al, 2017). Similarmente, os usuários acompanhados relataram dispneia e déficit na força muscular, além de diminuição na capacidade funcional após a internação em UTI; sendo que, não havia histórico progresso. Nesse sentido, entende-se que tais limitações foram parcialmente oriundas da internação hospitalar, sem desconsiderar a influência da doença ou condição clínica acometida e da individualidade.

Os pacientes que sobrevivem às condições críticas que são inerentes à terapia intensiva apresentam piora na qualidade de vida, principalmente nos domínios na função física, vitalidade e função social. Usualmente, o primeiro ano é o que mais apresenta repercussões, sendo esse período considerado o ideal para investir na reabilitação (conforme as implicações físico-funcionais) devido à maior possibilidade de reversão do quadro (Gerth et al,2019).

Ao se considerar o trajeto da atenção à saúde, os usuários relataram que estavam inseridos na RAS, porém, nem todos tinham acessado os serviços de saúde compatíveis com a reabilitação pós-alta hospitalar, o que sugere uma fragmentação da assistência em saúde. Conforme Cunha e Giovanella (2011), a continuidade do cuidado é conceituada como a relação entre um serviço de saúde e um paciente/usuário, que se estende além de um episódio específico de doença. Ou seja, pode-se configurar como a relação de troca de informações, gerenciamento do quadro clínico e o usuário, sendo um dos norteadores da APS. Assim, a continuidade do cuidado só está sendo bem executada quando garante acesso aos serviços que torna possível a recuperação integral do usuário.

Nos cinco relatos, apenas um (1) caso relatou acompanhamento fisioterapêutico, enquanto os demais, embora com limitações físico-funcionais, reportaram entraves na rede ou ausência de encaminhamento para reabilitação junto à rede pública de saúde. Tal resultado pode ser discutido à luz de que o acesso à assistência fisioterapêutica se mostra extremamente deficitária por conta dos fluxos (nem sempre claros) dos municípios, o baixo número de profissionais no SUS e a dificuldade de articulação com a ESF (Cruz et al, 2021). De acordo com os autores supracitados, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) foram criados com a intenção de suprir o cuidado multiprofissional e garantir apoio às ESF, no entanto, há uma escassez de profissionais.

Segundo Eggman et al (2020), estudo com pacientes internados na UTI e com fraqueza muscular tiveram recuperação parcial da força muscular decorrente de assistência fisioterapêutica. Adicionalmente, após seis meses os pacientes apresentaram a mesma qualidade de vida dos que ainda não tinham adquirido a fraqueza muscular proveniente de UTI.

Um outro ponto de discussão foi de que todos os pacientes/usuários foram encaminhados à AS, o que sugere a presença de um sistema que busca prestar a continuidade do cuidado, entretanto, se ressalta que não necessariamente tal conduta se mostra multiprofissional, visto que ainda apenas um nicho de profissionais consegue ter acesso a esses pacientes. De forma comparativa, como menciona Mendes (2011), a AS tem como característica atendimentos ambulatoriais especializados e com densidade tecnológica menor que a Atenção Terciária (AT). Entretanto, esses níveis de atenção apresentam fluxos diferentes da APS, o que demonstra que a forma de comunicação, a sua coordenação e os fluxos entre elas são imprescindíveis para se estabelecer a concepção de rede em saúde.

As pessoas podem procurar atendimento especializado após 30 dias de alta hospitalar, contudo, se observa que o comparecimento à APS é baixo, evidenciando um funcionamento inadequado da RAS. Tal panorama torna necessário incentivar o acompanhamento dos pacientes, principalmente após a alta hospitalar (Lima et al, 2022). Nesse estudo, apenas um (1) usuário foi procurado pela equipe da ESF de referência, os demais (4 usuários) foram ao encontro das ESF. Esse cenário sugere que a comunicação do hospital com as ESF (e vice-versa) se encontra fragilizada, o que reverbera sobre a efetividade de um cuidado contínuo, bem como sobre a dificuldade de acesso dos usuários em relação aos serviços de saúde (Simão et al, 2022). Dessa forma, pode-se entender que um fluxo organizado promoveria uma referência e contra referência efetivas garantindo a integralidade e facilitando a assistência para a gestão.

A comunicação do hospital com a APS em uma RAS é fundamental para a longitudinalidade da assistência, sendo necessário compreender que a articulação desses setores demanda uma organização dos serviços de saúde que depende do perfil populacional, da existência de outras atividades em saúde e a disposição de todos os envolvidos para articular estes pontos (Borsato e Carvalho, 2021). Outrossim, o vínculo com a APS, tendo a ESF como personificação e com papel de protagonismo para fluência das informações primordiais no cuidado longitudinal e integral dos usuários, após a alta hospitalar é vital (Bandeira et al, 2021).

Dessa forma, a fratura da ligação com a ESF expressa uma ruptura na linha de cuidado, uma fragmentação da assistência e demonstra a falta de articulação entre a RAS, construindo uma série de desigualdades entre os usuários. Ademais, essa lacuna pode resultar em episódios recidivantes dos agravos de saúde e até mesmo o retorno à hospitalização (Belga e Silva, 2022). Por isso, a concepção dos gestores e trabalhadores de saúde é fundamental para a efetividade do fluxo da RAS, bem como o conhecimento dos mesmos para executar as referências e contra referências (Nogueira et al, 2021). Assim como os usuários, os quais são atores e deveriam conhecer seus processos a fim de facilitar sua transição nos serviços de saúde (Paula, 2021).

Portanto, embora o delineamento do estudo seja relato de casos, apreende-se que o percurso do usuário na busca por assistência à saúde é uma sucessão de fatos, que faz com que o mesmo encare seu processo de saúde-doença de acordo com o cotidiano e as possibilidades que o sistema de saúde oferta. Contudo, a fim de que o cuidado não seja fragmentado e com acesso aos serviços de saúde, cabe à gestão a responsabilidade de gerenciar os diferentes e complexos níveis de cuidado (Melo et al, 2020).

Adicionalmente, nesse mesmo contexto, a Atenção Domiciliar (AD) poderia ser uma estratégia de atenção ao cuidado, já que, se caracteriza por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio. Além de objetivar à redução da demanda por atendimento hospitalar (eg., redução dos dias de internação), à humanização de atenção à saúde, à ampliação de autonomia dos usuários, à desinstitucionalização e à otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS (Portaria de AD, 2016).

Como reflexões finais se citam que este estudo teve como proposta delinear o olhar sobre o indivíduo na comunidade e não as primeiras etapas de avaliação instrumental na saída da UTI e na alta hospitalar, evidenciando-se primordialmente o caminho pelo qual o usuário pode atravessar (ou não) para atingir serviços mais complexos. Especificamente, porque indivíduos com limitações nas suas atividades de vida diária (AVDs) necessitam usualmente de suporte, já que, podem não estar completamente integrados à sociedade.

Ressaltamos que as limitações do estudo são, o tamanho amostral, as limitações de contato como ausência de cadastro no sistema CELK e números de telefone inexistentes, houve perda de dados de alguns participantes do projeto, sugere-se que na última etapa seja feita uma visita domiciliar, o desenho do estudo deve ser aprimorado a fim de trazer resultados robustos que corroborem com as percepções relatadas.

## **5 CONCLUSÃO**

Observou-se que o percurso dos indivíduos internados em nível terciário até o nível primário se encontrou deficitário, com dificuldades que sugerem uma fragmentação na longitudinalidade do cuidado. Especialmente pelas limitações físico-funcionais (eg., menor força muscular) advindas do período de internação hospitalar e das próprias condições / agravos de saúde, logo este relato destaca a inserção do indivíduo na sociedade após a internação hospitalar.

Portanto, torna-se essencial organizar o fluxo de encaminhamentos, como por exemplo, à reabilitação, com o propósito de diminuir ou minimizar esses déficits, contribuindo assim, para uma melhor qualidade de vida, e também realizar mais estudos de diferentes abordagens na temática.

## REFERÊNCIAS

PAIM, Jairnilsom Silva; ALMEIDA, Naomar Filho. Saúde Coletiva Teoria e Prática. p-659. 1º ed. São Paulo. **Medbooks**.2014.

CARVALHO. Nerícia Regina Oliveira. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. **Universidade Federal do Maranhão**. p 1-57. São Luís. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº2.436 de 21 de setembro de 2017**. Revisão das diretrizes para organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Diário Oficial da União, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. **Portaria 1.600 de 7 de julho de 2011**. Institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília. Diário Oficial da União, 7 jul. 2011.

DATASUS. Ministério da Saúde. Internações Hospitalares do SUS. **TABNET**. 2022. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nirs.def> >. Acessado em 02 de agosto de 2022.

Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Uruguaiana. Relatório Detalhado Quadrimestral. Pg 1-5.2018. Disponível em: <<https://www.uruguaiana.rs.gov.br/arquivos/bcca4c2e70b576df22e2fba4ab71da5d.pdf> > Acessado em 02 de agosto de 2022.

AGUIAR, Luciana Meireles; MARTINS, Gabriela Sousa; VALDUGA, Renato; GEREZ, André Paz; CARMO, Eduardo Cunha; CUNHA, Katiane Costa. Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Brasília, v.33, n.4, p. 624-634, 2021.

PINTO, Andressa Hofman; LANGE, Celmira; PASTORE, Carla Albereci; LLANO, Patrícia Pereira; CASTRO, Denise Przylynski; SANTOS, Fernanda. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v.2, n.11, p. 3545-3555, 2016.

CRUZEL, Juliane; FORGIARINI, Luiz Alberto; RIEDER, Marcelo de Mello. Avaliação da independência funcional após alta da unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.25, nº 2, p.93-98, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2020.

MAURO, Adriéli Donati; CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Marcia Galan. Articulação hospital – atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, nº4,2021.

**LATRONICO, Nicola; Gosselink Rik. Abordagem dirigida para o diagnóstico de fraqueza muscular grave na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v.3, nº27, 2015.**

KAWAGUCHI, Yurika Fogaça; NAWA, Ricardo Kenji; FIGUEIREDO, Thais Borgheti; MARTINS, Lourdes; PIRES, Ruy Camargo. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.6, nº42, p.429-434.

MINOSSO, Jéssica Sponton Moura; AMENDOLA, Fernanda; ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l], v. 2, n. 23, p. 218-223, set. 2010.

KOVELIS, Demetria; SEGRETT, Nicoli Oldemberg; PROBS, Vanessa Suziane; LAREAU, Suzanne Claire; BRUNETTO, Antônio Fernando; PITTA, Fábio. Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s. l], v. 12, n. 34, p. 1008-1018, set. 2008.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v.2, nº28, p.1-18, 2018.

GERTH, A; HATCH R; YOUNG, J; WATKINSON P; Changes in health- related quality of life after discharge from an intensive care unit: a systematic review. **Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine**, v.74, nº1, p.101-108, 2018.

CUNHA, Elenice Machado; GIOVANELLA, Ligia; Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, nº 1, p.1029-1041,2011.

CRUZ, Angélica Pereira; BRITO, Geraldo Eduardo; BARBALHO, Sâmela, da Silva; FREIRE, Júlio César Guimarães; ALVES, Ane Karolynne; MEDEIROS, Bárbara Freire. A fisioterapia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v.19, n.69, p.135-149,2021.

EGGMAN, Sabrina; LUDER, Gere; VERRA, Martin; IRINCHEEVA, Irina; BASTIAENEN, Caroline; JAKOB, Stephan. Functional ability and quality of life in critical illness survivors with intensive care unit acquired weakness: A secondary analysis of a randomised controlled trial. **Plos One**, Califórnia, v.2, nº4, p.1-16,2020

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. p.1- 549 Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

LIMA, Melina Lopes; BORDIN, Danielle; FURQUIM, Renata Fernandes; ANDREANI,

Luciane Cabral; MULLER, Erildo Vicente; FADEL, Cristina Berger. Caminho na rede formal de cuidado em saúde de pacientes pós alta hospitalar segundo multimorbidade. **Revista Cuidarte**, v.13, nº1, p.1-17, 2022.

SIMÃO, Emilly Moura; PACCA, Julia Beatriz Pinto; HUNGRIA, Isabelle Caravana; ARAÚJO, Juliana Doria; SANTOS, Ana Luísa; BOGEA, Rafaela Torres; CORRÊA, Leandra Nogueira; PIMENTA, Artur Tavares; FREIRE, Jordana Silva. Desospitalização: Uma Perspectiva Humanizada em Idosos. **Brazilian Journal of Development**, v.8, n.1, p. 8002-8018, 2022.

BORSATO, Fabiane Gorni; CARVALHO, Brígida Gimenez. Hospitais Gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.4, p.1275-1288,2021.

BANDEIRA, Danielli; WEILER, Teresinha Heck; DAMACENO, Adalvane Nobres; PUCCI, Vanessa Rodrigues; MEGIER, Elisa Rucks; SOUZA, Geraldo de Freitas; Elementos facilitadores ou dificultadores do processo de Transição do Cuidado: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v.10, n.11, p.1-14, 2021.

BELGA, Stephanie Marques; JORGE, Alzira de Oliveira; SILVA, Kênia Lara; Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v.46,n.133, p.551-570,2022.

NOGUEIRA, Thamiris Passos; OLIVEIRA, Laís Alves; NOGUEIRA, Denismar Alves; SANCHES, Roberta Seron; SILVA, Simone Albino; NASCIMENTO, Murilo César. Saúde Da Família E Coordenação Do Cuidado: Avaliação De Trabalhadores Do Sistema Único De Saúde. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.2, p.12093-12107, 2021.

PAULA, Lucas Gomes Costa; Redes de atenção à saúde: diagnóstico das ações construídas entre a APS e os hospitais de pequeno porte. **Revista da Rede APS**,v.3,n.1,p.48-55,2021.

MELO, Lea Reis; OLIVEIRA,Maiara Góes Lefundes; PORTELLA, Daniel Deivson Alves; SOUZA, Márcio Costa. Redes de Atenção à Saúde e implicações no cuidado pós alta hospitalar: Um Estudo de Caso. **Revista Baiana de Saúde Pública**,v.44, n.2,2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília. Diário Oficial da União, 25 abril, 2016.