

VIVÊNCIAS DE PACIENTES PÓS-CRÍTICOS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DOMICILIAR

Recebido em: 13/08/2024

Aceito em: 28/05/2025

DOI: 10.25110/arqsaud.v29i1.2025-11512



Camila Zucato da Silva ¹
Claudinei José Gomes Campos ²

RESUMO: Devido ao desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva, mais sobreviventes da doença crítica têm retornado aos seus domicílios, muitas vezes demonstrando incapacidade na realização de suas atividades cotidianas, assim como apresentando a necessidade de assistência em saúde. O objetivo do presente estudo foi compreender as vivências de pacientes com incapacidades funcionais pós-terapia intensiva em relação à assistência em saúde recebida no domicílio. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou o Estudo de Caso como método. A amostra de oito participantes foi composta de modo intencional e fechada pelo critério de saturação teórica. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas que foram complementadas por anotações em diário de campo. A análise de dados se deu pela análise temática de conteúdo proposta por Minayo. Da análise do material empírico oriundo da coleta de dados emergiram duas categorias, sendo: “A vivência de um cuidado descontinuado” e “A vivência de uma assistência em saúde que não se baseia afetiva e efetivamente na integralidade”. Foi possível concluir que os participantes vivenciaram uma assistência em saúde distante da integralidade no retorno ao domicílio, com descontinuidade, pouca afetividade e com falhas na resposta às necessidades de saúde. Propõe-se a adoção de políticas de capacitação junto aos profissionais intensivistas e da atenção primária, com orientação sobre as consequências da doença crítica e sobre o uso de estratégias que garantam a continuidade e integralidade no cuidado a esses pacientes após a alta hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva; Serviços de Assistência Domiciliar; Integralidade em Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Pesquisa Qualitativa.

PERSONAL EXPERIENCES OF POST-CRITICAL PATIENTS DUE TO HOME HEALTH CARE

ABSTRACT: Due to the development of Intensive Care Units, more survivors of critical illness have returned to their homes, often demonstrating an inability to carry out their daily activities, as well as presenting the need for health care. The aim of this study was to understand the experiences of patients with functional disabilities after intensive therapy regarding the health care received at home. This is a qualitative study that used the Case Study as a method. The sample of eight participants was intentionally collected and considered the theoretical saturation criterion. Data were collected through semi-

¹ Mestra em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Enfermagem, Brasil.
E-mail: camila_zucato@yahoo.com.br, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6717-0168>

² Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Enfermagem, Brasil.
E-mail: ccampoms@unicamp.br, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9587-6694>

structured interviews that were complemented by notes in a field diary. Data analysis was based on Minayo's thematic content analysis. Two categories emerged from the analysis of the data collection empirical material: "The experience of discontinued care" and "The experience of health care that is not based affectively and effectively on comprehensiveness". It was possible to conclude that the participants experienced a kind of healthcare that was far from whole upon returning home, which presented discontinuity, little affection and also failures when responding to healthcare needs. It is proposed that training policies be adopted for intensive care and primary care professionals, with guidance on the consequences of critical illness and the use of strategies that guarantee continuity and comprehensive care for these patients after hospital discharge.

KEYWORDS: Intensive Care Units; Home Care Services; Integrality in Health; Continuity of Patient Care; Qualitative Research.

EXPERIENCIAS PERSONALES DE PACIENTES POST-CRÍTICOS DEBIDO A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

RESUMEN: Debido al desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos, más sobrevivientes de enfermedades críticas han regresado a sus hogares, a menudo demostrando una incapacidad para realizar sus actividades diarias, además de presentar la necesidad de atención médica. El objetivo de este estudio fue comprender las experiencias de pacientes con discapacidad funcional después de una terapia intensiva en relación con la atención médica recibida en el hogar. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó como método el Estudio de Caso. La muestra compuesta por ocho participantes fue compuesta intencionalmente y cerrada por el criterio de saturación teórica. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas que fueron complementadas con las anotaciones en un diario de campo. El análisis de datos se realizó utilizando el análisis de contenido temático propuesto por Minayo. Del análisis del material empírico resultante de la recolección de datos, emergieron dos categorías: "La experiencia de la atención discontinuada" y "La experiencia de una atención de salud que no se basa afectivamente y efectivamente en la integralidad". Se pudo concluir que los participantes vivieron una atención en salud poco integral al regresar a sus hogares, con discontinuidad, poca afectividad y fallas en la respuesta a las necesidades de salud. Se propone adoptar políticas de formación para los profesionales de cuidados intensivos y de atención primaria, con orientaciones sobre las consecuencias de la enfermedad crítica y la utilización de estrategias que garanticen la continuidad y la atención integral a estos pacientes tras el egreso hospitalario.

PALABRAS CLAVE: Unidades de Cuidados Intensivos; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Integralidad en Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Investigación Cualitativa.

1. INTRODUÇÃO

O constante avanço nos cuidados intensivos resultou em crescente número de sobreviventes da doença crítica que retornam aos seus domicílios (Máca *et al.*, 2017; Kaukonen *et al.*, 2014). Apesar dos avanços médicos e tecnológicos, os pacientes críticos podem desenvolver problemas de saúde relacionados à sua doença e aos tratamentos

utilizados em terapia intensiva, com déficits físicos, cognitivos e psicológicos (Davidson *et al.*, 2013).

Dados sobre a incidência de sequelas da doença crítica sugerem que representam uma preocupação de saúde pública. Nesse sentido, o termo Síndrome pós-terapia Intensiva (SPTI) foi definido em 2010, em conferência da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM), para descrever “novos prejuízos ou piora nos domínios físico e/ou cognitivo e/ou estado mental que tenha surgido após doença crítica e persistido além do internamento de cuidados agudos” (Needham *et al.*, 2012).

Com a recente pandemia a Organização Mundial da Saúde também criou o termo Síndrome pós-COVID-19, utilizado para denominar uma ampla variedade de sinais e sintomas físicos e psicológicos debilitantes e persistentes que afetam pacientes que já se encontram em fase de recuperação da infecção pelo vírus (Martimbianco *et al.*, 2021). Estudos estimam que 80% dos pacientes hospitalizados por COVID-19 desenvolvam esta síndrome (Costa *et al.*, 2023).

Tanto a SPTI quanto a Síndrome pós-COVID-19 podem se manifestar com a presença de incapacidades funcionais, que se caracterizam como a dificuldade ou necessidade de ajuda na execução de tarefas cotidianas básicas ou complexas, o que afeta o desempenho em papéis sociais, no trabalho, na vida em família e vida independente (Alves; Leite; Machado, 2008). Em estudo de Geense *et al.* (2021), novos sintomas físicos afetaram 58% dos pacientes internados em UTI.

Em países como Reino Unido (Griffiths; Gager; Waldmann, 2004), Noruega e Suécia (Egerod *et al.*, 2013), as consequências da internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são uma preocupação há mais de 25 anos, quando teve início a criação de ambulatórios de acompanhamento com o objetivo de garantir o adequado cuidado ao paciente pós-crítico após a alta hospitalar. A partir dos anos 2000, países como Estados Unidos (Lasiter; Boustani, 2015) e Holanda (Van Der Schaff *et al.*, 2015) também criaram seus modelos de ambulatórios para esse acompanhamento.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não apresenta estratégias específicas para o acompanhamento desses pacientes após a alta hospitalar, porém a Atenção Domiciliar (AD) parece ter importante papel junto aos pacientes com incapacidades funcionais pós-UTI devido à restrição ao domicílio por eles vivenciada.

Nesse sentido, a AD subdivide-se em atenção domiciliar 1, 2 e 3, onde a AD1 é oferecida pelas equipes de atenção básica a pacientes que apresentem necessidade de

intervenções multiprofissionais menos frequentes. A AD2 e AD3 são ofertadas, por sua vez, pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) a pacientes com necessidade de cuidado multiprofissional mais frequente. No caso da AD3, soma-se ao cuidado mais frequente a necessidade de uso de equipamentos e procedimentos de maior complexidade (Brasil, 2016).

Além da lacuna de estratégias de assistência, há em nosso país uma lacuna de conhecimento sobre as percepções desses pacientes em relação ao cuidado que recebem pós-alta hospitalar, de modo que o presente estudo teve como objetivo compreender as vivências de pacientes com incapacidades funcionais pós-terapia intensiva em relação a assistência em saúde recebida no retorno ao domicílio.

Desse modo, o presente estudo é relevante por abordar uma perspectiva ainda pouco explorada em nossa literatura e por permitir identificar novas políticas, estratégias e abordagens profissionais que garantam ao paciente pós-crítico com incapacidades funcionais um cuidado integral no retorno ao domicílio.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, que utilizou o Estudo de Caso como método e o domicílio dos participantes como local de estudo.

Como método o Estudo de Caso é especialmente utilizado na investigação em profundidade de fenômenos contemporâneos, junto ao contexto em que se inserem, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não são claramente evidentes (Yin, 2010).

A composição amostral se deu de modo intencional, com auxílio e autorização de duas instituições de saúde localizadas em um município do estado de Minas Gerais (MG), Brasil: o Hospital da Santa Casa e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), também conhecido como Programa Melhor em Casa.

Uma vez que a pesquisadora não atuava nestas instituições de saúde, profissionais atuantes foram convidados a cooperar com o estudo após serem informados de seus objetivos e dos critérios para inclusão de participantes.

O quadro 1, apresentado a seguir, resume os critérios de inclusão e exclusão utilizados na seleção de participantes.

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão de participantes no estudo.

Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Idade igual ou superior a 18 anos; • Internação em UTI por tempo igual ou superior a 15 dias; • Uso de VMI durante a internação; • Tempo de retorno ao domicílio entre 30 e 180 dias; • Limitação da capacidade funcional no momento da alta hospitalar definida pela Escala de Lawton e Brody: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mínimo de dependência parcial em cinco das AIVDs avaliadas nesta escala.
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de qualquer impedimento para uma efetiva comunicação com a pesquisadora; • Presença de limitação da capacidade funcional previamente à internação em UTI; • Institucionalização antes e/ou após a internação hospitalar.

AIVD: Atividade Instrumental de Vida Diária; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; VMI: Ventilação Mecânica Invasiva.

A escolha da Escala de Lawton e Brody de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) se deu por ser um instrumento bastante utilizado em estudos internacionais para avaliação da capacidade funcional pós-UTI e por ter versão adaptada e validada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008).

Com base nesses critérios, os colaboradores das instituições de saúde selecionaram potenciais participantes e coletaram seus contatos telefônicos por meio dos seus registros institucionais. Com auxílio dos colaboradores a pesquisadora também realizou uma busca nos históricos das instituições, permitindo a seleção de potenciais participantes do período retrospectivo.

A própria pesquisadora realizou o contato telefônico com os indivíduos e, após esclarecer o motivo da ligação, confirmou a presença dos critérios de inclusão e agendou uma visita domiciliar segundo a disponibilidade do participante. Destaca-se que a escala foi aplicada de forma retrospectiva, identificando as limitações em AIVDs presentes no momento da alta hospitalar.

Durante a visita domiciliar eram confirmados todos os critérios de inclusão e o indivíduo era convidado a participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que esclarecia seus objetivos e procedimentos.

A coleta de dados ocorreu durante a mesma visita domiciliar e utilizou como técnicas a entrevista semiestruturada complementada por anotações sistematizadas em diário de campo.

As entrevistas foram realizadas com auxílio de um roteiro baseado em modelo de Turato (2008). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, realizadas uma vez com

cada participante e tiveram tempo médio de 32 minutos e 02 segundos. Não foi observada nenhuma inibição com a presença do gravador. As entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, nomeadas com a letra “E” seguida do número referente à ordem em que foi realizada.

Além da entrevista, a pesquisadora trazia consigo um diário de campo sistematizado de acordo com modelo de Triviños (2009), onde descrevia características significativas de participantes e familiares, suas atitudes e comportamentos; o meio físico; diálogos fora do contexto da entrevista e anotações reflexivas livres.

O fechamento amostral ocorreu por saturação teórica, que é a interrupção da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos, segundo a análise do pesquisador, passam a apresentar certa repetição ou redundância, não oferecendo maiores contribuições para a pesquisa (Denzin; Lincoln, 1994).

Para a análise do material empírico coletado utilizou-se a análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2014). Na pré-análise foi realizada a leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses; na segunda etapa foi realizada exploração do material, inferências e interpretações e formação de categorias; na terceira etapa foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e interpretação baseado nos referenciais teóricos e experiência da pesquisadora (Minayo, 2014).

Os referenciais teóricos adotados foram o estado da arte sobre o tema de estudo e os sentidos de Integralidade em Saúde apresentados em três compilações de Pinheiro e Mattos (2003, 2009, 2013). Objetivando garantir a validade dos resultados, a pesquisadora teve contribuição do Núcleo de Pesquisas e Estudos [eliminado para efeitos da revisão por pares] na validação dos achados.

A coleta de dados ocorreu de julho a novembro de 2017, e neste período 16 indivíduos foram contatados por telefone, sete deles não responderam aos critérios de inclusão, um foi selecionado para a coleta de dados piloto e oito participaram do estudo. Nenhuma devolutiva foi dada aos participantes ao final do estudo.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade [eliminado para efeitos da revisão por pares] sob o parecer número: 2.164.658 e cumpriu todas as normas da Resolução nº 466/2013, que normatiza pesquisas com seres humanos (Brasil, 2013).

3. RESULTADOS

Da amostra de oito participantes, cinco eram do sexo masculino (62.5%). A idade média dos participantes era de 54 anos, variando entre 29 e 69 anos. A amostra tinha tempo médio de internação em UTI de 84.5 dias, variando entre 30 e 200 dias.

Para 50% dos participantes o principal acompanhamento profissional pós-alta era realizado pela AD1 por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF); para 25% era realizado pela AD2 por meio do SAD, em fase de compartilhamento para transição para AD1; para 12.5% era realizado unicamente por profissionais da assistência privada e para 12.5% não era realizado por nenhum profissional ou equipe.

Da análise do material empírico emergiram duas categorias, que são apresentadas a seguir:

3.1 A vivência de um cuidado descontinuado

Uma das formas de garantir um cuidado integral ao paciente pós-crítico é assegurar a continuidade da assistência na transição de cuidados entre hospital e domicílio. A partir de falas de alguns participantes, evidenciou-se vivências de interrupção ou dificuldade da manutenção do cuidado nessa transição:

E4 “É difícil falar, pois depois que eu saí do hospital eu não tive acompanhamento profissional (...) então a nível profissional, assim, o acompanhamento foi zero... foi zero e não tinha nenhuma orientação de um profissional (...)"

E8 “Não, encaminhamento não, eles [equipe hospitalar] só me orientaram, quem me deu encaminhamento aqui foi a minha, a minha infectologista, a clínica geral (...) foi muita luta da minha mãe, nossa! [conseguir fisioterapia] E ligava pra todo lado e ia na policlínica, ia no postinho, ia... foi lá no CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] (...) não iríamos ter condição de pagar e eu nem posso sair de casa [devido transplante hepático] (...)"

No Brasil, como já citado, o SUS não apresenta estratégias específicas para garantir a continuidade do cuidado do paciente pós-crítico, desse modo, a realização de adequada contrarreferência pelo hospital aos serviços da atenção primária e secundária se mostra a estratégia mais promissora no nosso modelo.

Além da ausência de contrarreferência, notou-se que a descontinuidade do cuidado também se associou à falta de adequada orientação profissional sobre onde encontrar esse auxílio no retorno ao domicílio, com um dos participantes passando por inúmeros serviços em busca de auxílio profissional.

Sabendo que o retorno ao domicílio é um momento delicado na vida do paciente pós-crítico, tais dificuldades na continuidade da assistência podem favorecer sentimentos de desamparo. A seguinte fala fomenta tal constatação:

E4 “É muito difícil pois... dependemos desse auxílio profissional... o profissional, ele é estudado, ele é capacitado, ele tem o entendimento daquilo que nós, enfermos, não temos (...) você se encontra numa situação assim, difícil, você não tem a quem recorrer, aonde buscar o auxílio e daí só piora... a situação (...) acredito que seria diferente se tivesse um acompanhamento mais próximo de um profissional, acredito que seria menos doloroso como foi (...)"

Chama atenção que alguns entrevistados, diante do desamparo profissional, se agarraram a ensinamentos e rotinas do hospital para manterem a prática de exercícios bem como para lidarem com dificuldades encontradas no domicílio.

E4 “Fato importante nesse período foi o aprendizado que eu tive com os profissionais dentro do hospital, foi o que me ajudou e tem me ajudado até hoje a me manter, talvez, estável vamos dizer (...) foram coisas que eu fui aprendendo (...) via a maneira que fazia, percebia quando eu tava ruim o comportamento que eles tinham e fui tentando me adaptar dessa maneira, assim... mas nenhum conselho como deveria ser em casa não.”

E8 “(...) eu tava sem saber o que fazer né? [sem fisioterapia domiciliar] Que movimento fazer... eu tava fazendo o que eu fazia no hospital (...)"

A partir dessas falas destaca-se o potencial existente na criação de práticas baseadas na orientação dos pacientes durante todo o tempo de internação.

Cabe ressaltar que no percurso de estudo verificou-se que o SAD - Melhor em Casa desempenha importante papel de interface entre os níveis terciário e primário de atenção, o que garantiu um cuidado continuado a dois participantes do estudo por ele acompanhados (E1 e E6).

De modo geral, a partir das falas destacadas, observou-se que alguns participantes não experimentaram uma efetiva continuidade de cuidado entre o hospital e o domicílio. Tal fato deveu-se a falhas na contrarreferência hospitalar para os níveis de atenção primário e secundário, bem como falhas na orientação dos pacientes quanto a forma de buscar essa continuidade assistencial e de como enfrentar possíveis dificuldades no domicílio.

3.2 A vivência de uma assistência em saúde que não se baseia afetiva e efetivamente na integralidade

Em algumas entrevistas foi possível identificar que alguns pacientes pós-críticos não se sentiam afetiva e/ou efetivamente cuidados pelos profissionais da atenção primária que os acompanhavam no domicílio, uma vez que esse acompanhamento não respondia às suas necessidades de saúde e não era pautado na formação de um vínculo:

E2 “Eles nem vêm aqui [profissionais da ESF] (...) Gostaria que eles dessem mais atenção pra gente, né? A gente vai fazendo sozinho [exercícios]”

“Tem o PSF do bairro, eles vêm periodicamente, tem uma fisioterapeuta no PSF que não vem, veio uma vez só... mas as enfermeiras, elas vêm, me perguntam... mas assim, parece uma visita, uma visita social... o PSF me dá coisas que preciso, gaze... coisas assim, soro... sabe? Fralda às vezes (...)”(E3)

As falas apresentadas nos indicam uma relação superficial, em que os profissionais não buscam aprofundar-se e acolher as questões dos pacientes, com suas necessidades de saúde não sendo completamente atendidas, especialmente a necessidade de reabilitação física.

Além da necessidade de reabilitação, chama atenção como a simples possibilidade de conversar sobre suas dificuldades e sentimentos é valorizada e possui efeito terapêutico para esses pacientes:

E3 “(...) você falou de sentir falta de alguém, de alguma coisa, eu sinto falta de uma conversa assim, pra poder falar sobre a minha situação, eu sinto, eu sinto falta disso. Hoje, por exemplo, esse papo tá me dando um alívio, é bom falar sobre a minha situação.”

E8 “(...) é superimportante [falar]... se eu não pôr pra fora, eu vou ficar guardando aquilo lá, você entendeu? Então, o fato de falar é como despejar, você entendeu? (...) Coisa que eu não converso com a minha mãe, coisa que eu não converso com a minha namorada, coisa que jamais vou conversar com o meu irmão, com meu sobrinho, com a minha filha... que jeito que eu vou falar isso? Então, acho legal da nossa conversa do, do deu conversar, deu tá conseguindo desabafar desse jeito assim é porque no final da nossa conversa eu me sinto mais leve, entendeu?”

Diante dessas falas, constata-se que a entrevista foi um momento de desabafo até então não vivenciado por eles, o que demonstra que não havia sido criado esse espaço com os profissionais que realizam seus acompanhamentos.

De volta à questão da reabilitação, as falas a seguir permitem a compreensão de que barreiras à sua realização ocorreram por dificuldades estruturais, como ausência de

transporte, mas também pela falta de acolhimento ou ainda desconhecimento da complexidade desses pacientes por parte dos profissionais:

E3 “(...) ele me ajudou [um amigo], me arrumou vaga [para fisioterapia], só que a ambulância não vem me levar, é horário cedo, às 7 da manhã, de manhã cedo, então eu não fui, não fui uma vez até agora (...)”

E5 “(...) o dia que eu saí do hospital (...) eu saí de carrinho [cadeira de rodas] (...) ah, eu chorei ‘Meu Deus, eu não vou poder andar?’ Aí lembrei desse papel aí [encaminhamento a ESF], aí minha sobrinha falou ‘Não, fica calma tia, amanhã eu vou lá no postinho já entrego o papel pra eles vim fazer a fisioterapia, pra fortalecer as perna’ (...) Aí ela veio aqui uma vez [enfermeira da ESF], tirou a medida do cilindro, do oxigênio que eu uso, mas algum exercício não (...)”

De forma positiva, observou-se que os entrevistados acompanhados pelo SAD, que estavam numa fase de compartilhamento de cuidado entre o programa e a ESF, mostravam mais satisfação com o relacionamento e atenção ofertados pela equipe:

E1 “(...) o Melhor em Casa, eles vêm... eles são muito bacana, a turma do PSF também não pode falar mal deles que eles vêm (...) eles pra gente foi muito bom... não tem nada pra reclamar (...)”

E6 “Ah, eu acho muito bom... eles são muito bonzinho, muito bom... vem médico certinho, né? Olha tudo da gente, o Melhor em Casa é uma beleza porque eles acompanha mesmo a gente, né? Então... isso eu acho bom... ontem veio a doutora também, o T. [fisioterapeuta] tá vindo, o Melhor em Casa é bom sim, né?”

Desse modo, a ESF mostra limitações na resposta às necessidades de saúde desses pacientes, seja por questões estruturais, de acolhimento ou desconhecimento sobre a complexidade deste perfil de pacientes. A parceria da ESF com SAD pode colaborar para um cuidado integral a esses pacientes no domicílio, porém estratégias complementares ainda são necessárias.

4. DISCUSSÃO

No Brasil, um dos princípios do SUS é a integralidade, que consiste na consideração do indivíduo como um todo, atendendo a todas suas necessidades (Brasil, 1990). Para tanto é necessário a integração entre os serviços e ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde, bem como uma visão holística do indivíduo, conhecendo seu contexto histórico, social, político (Souza *et al.*, 2012), além de seus desejos, crenças e valores.

Como importante mecanismo para garantir a integração entre os níveis de atenção e garantir a integralidade, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos que organizam ações e serviços de saúde de diferente complexidade por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (Brasil, 2017).

Um importante papel da RAS é garantir a continuidade do cuidado, que diz respeito a uma série de serviços e cuidados em saúde que devem estar conectados entre si e ser coerentes com as circunstâncias e necessidades de saúde de cada paciente (Haggerty *et al.*, 2003).

Como em estudos prévios (Haines *et al.*, 2021; Leggett *et al.*, 2023) o presente estudo identificou vivências de descontinuidade do cuidado na transição de cuidados do paciente pós-crítico do hospital para o domicílio, como consequência da falta de comunicação entre os níveis de atenção.

Nesse caso, um mecanismo útil de comunicação entre os níveis de atenção é a contrarreferência, que consiste no encaminhamento do usuário de um nível de maior complexidade e densidade tecnológica para um nível de menor complexidade dentro da RAS (Mendes, 2011).

A ausência de contrarreferência pela atenção hospitalar pode ser creditada, em parte, ao pensamento ainda vigente de que serviços de maior complexidade tecnológica são locais de finalização, de atendimento de demandas pontuais, superespecializadas e específicas e, portanto, sem compromisso com a continuidade e integralidade (Cecílio, 2009).

Além desse pensamento, estudos apontam que os profissionais intensivistas desconhecem mecanismos para realizar essa comunicação (Govindan *et al.*, 2014), alegam falta de tempo para realizá-la, dificuldade de comunicação com a atenção primária e que esta intervenção tem baixa prioridade entre suas atividades (Zilahi; O'Connor, 2019).

No contexto brasileiro, Brondani *et al.* (2016) apontam o desconhecimento sobre os serviços da RAS e a deficiência na educação permanente dos profissionais da saúde como fatores que corroboram a falta de comunicação entre o nível terciário e primário de atenção.

A transição de cuidados é um processo complexo que envolve paciente, familiares, profissionais e cuidadores e exige conhecimento e habilidade dos profissionais

envolvidos. Porém, quando realizada adequadamente, resulta em qualidade de assistência e na vida dos pacientes e redução de custos com reinternações (COSTA *et al.*, 2019).

Observou-se que os participantes deste estudo se sentiram desamparados pela interrupção do cuidado, mas também pela incompreensão de suas necessidades pelos novos profissionais que os assistiam, o que poderia ser minimizado pelo real compartilhamento do cuidado entre os níveis de atenção.

Estudos apontam que os sobreviventes da doença e seus cuidadores sentem-se desamparados e desafiados pela descontinuidade do cuidado (Haines *et al.*, 2021; Czerwonka *et al.*, 2015) com a percepção de que a atenção em saúde é alta na UTI e baixa na comunidade (Czerwonka *et al.*, 2015). Somado a isso, os indivíduos acompanhados por um serviço de saúde pós-UTI sentiam-se pouco compreendidos por ele (Haines *et al.*, 2021; Czerwonka *et al.*, 2015).

Essa incompreensão pode estar relacionada ao natural desconhecimento dos profissionais da atenção primária sobre as consequências e todo contexto da doença crítica (Myers *et al.*, 2016; Zilahi; O'Connor, 2019), o que reforça a necessidade de incluir esse conhecimento em sua formação.

Além disso, é necessário que profissionais da atenção hospitalar apreendam que continuidade do cuidado vai além da contrarreferência em seu sentido burocrático, mas envolve a construção ativa da linha de cuidado necessária para atender o paciente em sua singularidade (Cecílio; Merhy, 2005).

Nesse aspecto, Sehgal *et al.* (2024) sugerem que as consequências da doença crítica e o acompanhamento pós-alta também seja parte da formação de profissionais intensivistas, de modo a compreenderem, entre diversos aspectos, a complexidade da transição de cuidados e a variedade de trajetórias de recuperação desses pacientes.

Outro fator limitante para a superação da simples contrarreferência e para a garantia da continuidade do cuidado é a ausência em nosso país de um sistema de informação interligado entre todos os níveis de atenção à saúde, promovendo a continuidade informacional (Utzumi *et al.*, 2018).

A continuidade informacional pode ajudar a superar as lacunas que ocorrem na transição de cuidados, garantindo a resposta às necessidades de saúde do paciente pós-crítico em sua complexidade (Kerri *et al.*, 2015).

Considerando tal complexidade, o planejamento da alta hospitalar deve acontecer de forma precoce junto a esses pacientes, deve envolver toda a equipe multidisciplinar, a

coordenação entre os diferentes pontos de atenção à saúde (Brondani *et al.*, 2016; Goodman, 2016) e uma avaliação individual e holística das necessidades do paciente (Govindan *et al.*, 2014).

De forma interessante, Belga *et al.* (2022) citam como mecanismos com enorme potencial para garantir a integração entre os níveis de atenção a construção de um sumário de alta ancorado no compromisso com uma alta responsável e articulada com a atenção primária; a integração da equipe de saúde da família de referência do paciente nas discussões de caso e a articulação com mecanismos de suporte social ao indivíduo quando pertinente.

Outro mecanismo precioso para garantir a continuidade de cuidados é utilizar o episódio de internação hospitalar como uma situação privilegiada para os profissionais estabelecerem vínculos, mesmo que temporários, e trabalharem a construção da autonomia do paciente (Cecílio, 2009), para tal se torna muito importante o real preparo para o retorno ao domicílio com estratégias de orientação e treinamento de pacientes, familiares e cuidadores (Costa *et al.*, 2019).

Mesmo sem terem sido devidamente orientados, ficou claro nas falas de alguns participantes que os aprendizados do hospital foram importantes para sentirem-se seguros e dar continuidade à reabilitação nos seus domicílios, sendo a orientação e o planejamento de alta cruciais para esses pacientes.

O real compartilhamento de informações e de responsabilidades entre os níveis de atenção também seria um meio de minimizar a sensação que alguns participantes relataram de que não eram afetiva e efetivamente cuidados pelos profissionais de saúde, o que se refletiu em necessidades de saúde não atendidas, seja a simples necessidade de uma conversa mais profunda ou a necessidade de reabilitação física.

No presente estudo as falas de alguns participantes deixam implícito o desejo de ter um vínculo com a equipe de saúde, uma relação construída a partir da afetividade e confiança o que aprofunda potencialmente a corresponsabilização do cuidado (Barbosa; Bosi, 2017), uma relação tão próxima e tão clara que essa equipe possa sensibilizar-se com seu sofrimento e suas demandas (Rezende, 2015).

No contexto da ESF, o vínculo desponta como um diferencial, pois é por meio dele e em função dele que a equipe, nas interações com os elementos da história de cada família, aproxima-se e sente interesse em apoiá-la em sua trajetória (Sousa *et al.*, 2013).

Entre os fatores que podem explicar a dificuldade encontrada entre os profissionais da ESF em demonstrar afetividade no cuidado, destaca-se a própria formação dos profissionais da saúde que ainda reproduz currículos com fragilidades, por vezes reforçando uma formação tecnicista (Bitencourt *et al.*, 2020). Estudo de Bitencourt *et al.* (2020) encontrou falhas nos currículos da saúde na reprodução de temas como integralidade, humanização, Inter profissionalidade e abordagens para o desenvolvimento de competências como comunicação e busca por educação permanente.

Ressalta-se, ainda, que as equipes da ESF geralmente não são preparadas para o cuidado do paciente pós-crítico e encontram-se muitas vezes sobrecarregadas por problemas como equipes incompletas, ausência de redes de apoio, estrutura física precária, falta de capacitação (Maroco, 2014), pressão por produtividade, estabelecimento de cotas de consultas diárias, subestimação do número de famílias na área adscrita e pressão pela realização de consultas individuais e exames (Trad; Rocha, 2011).

Pensando na condição de restrição domiciliar vivenciada pelos participantes deste estudo, embora as visitas domiciliares sejam consideradas um dispositivo potente para a criação de vínculos e para um olhar diferenciado da equipe de saúde sobre suas formas de atuação, estudos apontam o pouco tempo e a necessidade de resposta à demanda espontânea e outras atividades como fatores dificultantes para a realização adequada da atenção domiciliar pela ESF (Cunha; Sá, 2013).

De forma positiva, o SAD – Melhor em Casa se destacou no atendimento das demandas dos entrevistados por ele acompanhados, o que permite inferir que possui características que favorecem o cuidado, entre elas, possivelmente, a realização de visitas domiciliares no mínimo semanalmente, a presença de contato telefônico permanente, uma equipe com maior variedade de especialidades, comunicação efetiva com os demais serviços de saúde (Brondani *et al.*, 2016) e maior experiência em relação às consequências da doença crítica.

Para a prática, os resultados do presente estudo permitem definir como necessidade inicial a criação de políticas de capacitação junto a profissionais intensivistas e da atenção primária, objetivando esclarecer sobre as consequências da doença crítica e estratégias que podem ser empregadas para garantir a continuidade e integralidade do cuidado após a alta hospitalar. Acredita-se que assim, os profissionais a assistência hospitalar podem ser estimulados a desenvolver, dentro da realidade local, um adequado planejamento de alta. Espera-se, ainda, que profissionais da atenção primária se tornem

mais atentos a esta população específica, garantindo a resposta às suas necessidades de saúde.

Como limitação do presente estudo, destaca-se que a maior parte dos entrevistados residia em uma localidade com ampla cobertura da ESF e presença do SAD em seu território, o que não é a realidade de todos os municípios brasileiros e exige cautela na transferência de seus resultados.

Sugere-se a realização de estudos amplos que elucidem como se dá a assistência pós-alta hospitalar ao paciente pós-crítico em nosso país, indicando suas limitações e potencialidades.

5. CONCLUSÕES

Conclui-se que alguns dos pacientes com incapacidades funcionais pós-terapia intensiva vivenciaram uma assistência em saúde distante da integralidade no retorno ao domicílio, caracterizada pela descontinuidade e por uma assistência em saúde pouco afetiva e que não respondia às suas necessidades de saúde.

Esses achados indicam o planejamento da alta hospitalar como uma estratégia importante para a continuidade do cuidado a esses pacientes, envolvendo a adequada contrarreferência, a continuidade informacional e a orientação individualizada de pacientes e familiares durante a internação.

No que diz respeito a promoção de um cuidado afetivo e efetivo a esses pacientes no retorno ao domicílio, é perceptível a necessidade de uma formação profissional voltada ao cuidado integral, a diminuição da sobrecarga da ESF e sua capacitação no cuidado pós-UTI e, de modo ideal, a criação de estratégias específicas e/ou complementares para o cuidado desses complexos pacientes.

Propõe-se como estratégia base a criação de políticas de capacitação para profissionais intensivistas e da atenção primária sobre as consequências da doença crítica e sobre estratégias que garantam a continuidade e integralidade no cuidado a esses pacientes após a alta hospitalar.

De forma positiva, foi possível identificar que o SAD contribuiu para a continuidade e integralidade do cuidado aos participantes por ele acompanhados, o que indica o compartilhamento do cuidado entre SAD e ESF como estratégia potencial para a superação de questões organizacionais que dificultam um cuidado integral a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. A.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008. DOI: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>.

BITENCOURT, R. R. *et al.* O processo de formação em saúde: uma análise dos planos de ensino das atividades curriculares obrigatórias. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 62–78, 2020. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v4i1.102022>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Capítulo II: Dos Princípios e Diretrizes, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 1 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (art. 2º ao art. 3º). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOI. Acesso em: 1 abr. 2025.

BRONDANI, J. E. *et al.* Desafios da Referência e Contrarreferência na Atenção em Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>. Acesso em: 1 abr. 2025.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.

(org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 117-129.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 197-210.

COSTA, J. W. S. *et al.* Clinical relationships of Post-COVID-19 syndrome with Post-Intensive Care Syndrome: a scope review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 22, e20236632, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17665/16764285.20236632>.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03477, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980220X2018017803477>.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2025.

CZERWONKA, A. I. *et al.* Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: A qualitative pilot study of Towards RECOVER. **Journal of Critical Care**, Philadelphia, v. 30, p. 242-249, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.017>.

DAVIDSON, J. E.; HOPKINS, R. O.; LOUIS, D.; IWASHYNA, T. J. **Post-intensive Care Syndrome.** Society of Critical Care Medicine, 2013. Disponível em: <https://www.sccm.org/MyICUCare/THRIVE/Post-intensive-Care-Syndrome>. Acesso em: 1 abr. 2025.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (ed.). **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. 992 p.

EGEROD, I. *et al.* ICU-recovery in Scandinavia: A comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden. **Intensive and Critical Care Nursing**, London, v. 29, n. 2, p. 103-111, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.10.005>.

GEENSE, W. W. *et al.* New physical, mental, and cognitive problems 1 year after ICU admission. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 203, n. 12, p. 1512-1521, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.202009-3381OC>.

GOMES, A. M. M. *et al.* Cuidar e Ser Cuidado: Relação Terapêutica Interativa Profissional-Paciente na Humanização da Saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 435-446, 2011. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1267/555>. Acesso em: 1 abr. 2025.

GOODMAN, H. Discharging patients from acute care hospitals. **Nursing Standard**, London, v. 30, n. 24, p. 49-57, 2016. DOI: <https://doi.org/10.7748/ns.30.24.49.s47>.

GOVINDAN, S. *et al.* Issues of Survivorship Are Rarely Addressed during Intensive Care Unit Stays-Baseline Results from a Statewide Quality Improvement Collaborative. **Annals of the American Thoracic Society**, New York, v. 11, n. 4, p. 587-591, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201401-007BC>.

GRIFFITHS, J. A.; GAGER, M.; WALDMANN, C. Follow-up after intensive care. **BJA Education**, Oxford, v. 4, n. 6, p. 202-205, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkh054>.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, London, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.

HAINES, K. J. *et al.* Transitions of Care After Critical Illness-Challenges to Recovery and Adaptive Problem Solving. **Critical Care Medicine**, Baltimore, v. 49, n. 11, p. 1923-1931, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005095>.

KAUKONEN, K. *et al.* Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000–2012. **JAMA**, Chicago, v. 311, n. 13, p. 1308-1316, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.2637>.

KERRI, A. E. *et al.* Standardizing Communication from Acute Care Providers to Primary Care Providers on Critically Ill Adults. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 26, n. 6, p. 496-501, 2015. DOI: <http://doi.org/10.4037/ajcc2015332>.

LASITER, S.; BOUSTANI, M. A. Critical Care Recovery Center: Making the Case for an Innovative Collaborative Care Model for ICU Survivors. **American Journal of Nursing**, Philadelphia, v. 115, n. 3, p. 24-46, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000461807.42226.3e>.

LEGGETT, N. *et al.* Fragmentation of care between intensive and primary care settings and opportunities for improvement. **Thorax**, London, v. 78, n. 12, p. 1181-1187, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/thorax-2023-220387>.

MÁCA, J. *et al.* Past and Present ARDS Mortality Rates: A Systematic Review. **Respiratory Care**, Irving, v. 62, n. 1, p. 113-122, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.04716>.

MAROCO, M. F. P. **Limitações e Potencialidades da Visita Domiciliar como Ferramenta Assistencial na Saúde da Família**. 2014. 25 f. TCC (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Limita%C3%A7oes_potencialidades_visita_domiciliar.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

MARTIMBIANCO, A. L. C. *et al.* Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID- 19: A systematic review. **International Journal of Clinical Practice**, Oxford, v. 75, n. 10, e14357, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijcp.14357>.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.

MYERS, E. A.; SMITH, D. A.; ALLEN, S. R.; KAPLAN, L. J. Post-ICU syndrome: Rescuing the undiagnosed. **Journal of the American Academy of Physician Assistants**, Wolters Kluwer, v. 29, n. 4, p. 34-37, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000481401.21841.32>.

NEEDHAM, D. M. *et al.* Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. **Critical Care Medicine**, Baltimore, v. 40, n. 2, p. 502-509, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. 232 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013. 308 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. 184 p.

REZENDE, G. P. **Vínculo na Estratégia Saúde da Família na perspectiva de usuários e profissionais de saúde**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-9WRJCJ/1/gabrielli_pinho_de_rezende.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008. Disponível em: http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

SEHGAL, P. *et al.* Critical Care Education and the ICU Care Continuum. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 209, n. 4, p. 360-361, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.202310-1734VP>.

SOUZA, E. F. S.; COSTA, E. A. O.; DUPAS, G.; WERNET, M. Acompanhamento de famílias de crianças com doença crônica: percepção da equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1367-1372, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600017>.

SOUZA, M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/31.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2025.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009. 87 p.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 685 p.

UTZUMI, F. C. *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e4250016, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.

VAN DER SCHAFF, M. *et al.* Recommendations for intensive care follow-up clinics; report from a survey and conference of Dutch intensive cases. **Minerva Anestesiologica**, Turin, v. 81, n. 2, p. 135-144, 2015. Disponível em: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2015N02A0135>. Acesso em: 1 abr. 2025.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZILAHY, G.; O'CONNOR, E. Information sharing between intensive care and primary care after an episode of critical illness; a mixed methods analysis. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 14, n. 2, e0212438, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212438>.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Camila Zucato da Silva: Concepção e planejamento; obtenção de dados; análise e interpretação dos resultados; elaboração da primeira versão do manuscrito e versão final.

Claudinei José Gomes Campos: análise e interpretação dos resultados; revisão crítica do manuscrito; elaboração da versão final do manuscrito.