

# ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DOS PACIENTES DA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO APÓS A ALTA HOSPITALAR

## PHYSIOTHERAPEUTIC FOLLOW-UP OF PATIENTS IN THE MEDICAL CLINIC OF THE FEDERAL HOSPITAL OF THE STATE SERVERS AFTER HOSPITAL HIGH

Keyla Goulart de Medeiros Meyrelles<sup>1</sup>, Ricardo Gaudio de Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Integrado de Reabilitação e Terapia Aquática, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

### Resumo

A integralidade é uma das diretrizes que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) e está relacionada com a transição dos seus usuários visando atender as necessidades de prevenção, promoção, tratamentos e reabilitação à saúde de uma forma heterogênea. No nível terciário, ao final do período de internação, percebe-se que alguns usuários têm necessidade de continuidade no tratamento fisioterapêutico. A demanda em atendimentos de fisioterapia tem crescido nos últimos anos e não se encontra atendimento especializado para suprir a população em questão agravando ainda mais seu quadro funcional. A dificuldade de encontrar serviços de fisioterapia especializados e referenciar o usuário à unidade mais próxima é frequente. O objetivo desse estudo foi acompanhar o atendimento fisioterapêutico após a alta hospitalar dos pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica (CM) do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE). O acompanhamento teve duração de 5 meses e aplicação de questionário após a alta hospitalar por telefone para observar a evolução funcional e saber se obtiveram atendimento fisioterapêutico. Participaram 12 pacientes, sendo que nenhum conseguiu atendimento fisioterapêutico no SUS. Houve piora do quadro funcional. Desse grupo, 5 participantes (41,7%) tiveram complicações após a alta hospitalar e 3 reinternaram (25%) devido a estas complicações. Desse mesmo grupo, dois pacientes (16,7%) foram à óbito ao longo deste período de acompanhamento. Os pacientes acompanhados apresentaram piora do quadro funcional e após dois meses de acompanhamento não obtiveram atendimento fisioterapêutico no SUS.

**Palavras-chave:** Alta hospitalar. Fisioterapia. Média complexidade. SUS.

### Abstract

Integrity is one of the guidelines that makes up the Unified Health System (SUS) and is related to the transition of its users between levels of complexity, aiming to meet the needs of prevention, promotion, treatment and rehabilitation to health in a way Heterogeneous At the tertiary level, at the end of the hospitalization period, it is noticed that some users need continuity in the physiotherapeutic treatment. The demand for physiotherapy services has increase in recent years and there is no specialized care to supply the population in question further aggravating their workforce due to the lack of services. The difficulty of finding specialized physiotherapy services and referring the user to the nearest unit is frequent. The objective of this study was to follow the physiotherapeutic care after hospital discharge of the patients hospitalized in the Medical Clinic (MC) wards of the Federal Hospital of State Servants (HFSE). The follow-up lasted 5 months and the application of a questionnaire after hospital discharge by telephone to observe the functional evolution and to know if they obtained physiotherapeutic care. Twelve patients participated, none of who managed physical therapy care in the SUS. There was worsening of the functional status. Of this group, 5 participants (41.7%) had complications after hospital discharge and 3 patients (25%) returned because of these complications. Of the same group, two patients (16.7%) died during this follow-up period. The patients who were accompanied presented worsening of the functional status and after two months of follow-up they did not obtain physiotherapeutic care in the SUS.

**Key words:** Hospital discharge. Physiotherapy. Medium complexity. SUS.

## Introdução

O SUS é organizado em três níveis de atenção, a fim de melhorar a resolutividade dos problemas de saúde, de acordo com a gravidade e a necessidade de cada usuário. A atenção básica tem como objetivo atender a maior parte da demanda populacional com o intuito de prevenção e promoção da saúde, e um olhar coletivo; os casos que precisam de atendimento ambulatorial especializado serão encaminhados para o nível secundário, com acesso à exames; e à nível terciário onde é necessário internação hospitalar e intervenções cirúrgicas (FERRER et al., 2015).

A alta complexidade é o nível de atenção à saúde que mais recebe pacientes graves e por isso, o curso saúde-doença dos pacientes já está avançado. O ambiente hospitalar possui um perfil multiprofissional, onde a fisioterapeuta atua em conjunto com médicos de diversas especialidades, equipe de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, dentre outros profissionais.

É comum o paciente crítico apresentar múltiplas complicações orgânicas com evolução do quadro clínico e ainda em regime de internação, ficar acamado por longos períodos. Estudos mostram que, como consequência disso, pode ocorrer nesses pacientes fraqueza muscular, perdas sensitivas periféricas, fraqueza dos músculos respiratórios, diminuição das funções motoras, déficit de mobilidade e rigidez articular. Além disso, o uso de medicamentos, do suporte ventilatório e a exposição à infecções hospitalares, podem fazer com que o paciente demore cerca de 1 ano para se recuperar ou até mesmo não consiga realizá-lo, quanto maiores forem as suas complicações (HERMANS et al., 2008; KATHLEEN et al, 2012; SIQUEIRA et al, 2004).

Portanto, o fisioterapeuta na alta complexidade irá trabalhar com uma visão mais ampla diante de tantas comorbidades, apresentando como objetivo principal, no âmbito hospitalar, a minimização ou recuperação das perdas funcionais e respiratórias; bem como, recuperar e preservar as atividades funcionais, especialmente naqueles pacientes que têm um longo período de internação, portadores de doenças crônicas e idosos (MOTTA et al, 2008; ALVES, N. A, 2012; PINHEIRO & CRISTOFOLETTI, 2012).

Após a alta hospitalar grande parte dos indivíduos ainda precisam continuar o tratamento fisioterapêutico, por déficit de locomoção, mobilidade e perda de independência funcional. Assim, observa-se a necessidade de encaminhamento à um serviço que acolha o usuário de acordo com os objetivos de tratamento, dentro das normas do sistema de referência e contra-referência do SUS, no qual o paciente deve ser referenciado à sua Área Programática (AP) obedecendo a regionalização e descentralização (ZAGO et al, 2009).

A integralidade como um dos princípios do SUS, permite ao usuário se deslocar entre as três esferas de atenção à saúde. Com isso, espera-se que os pacientes ao receberem alta hospitalar possam ser encaminhados a uma unidade de saúde de menor complexidade, para que possa dar continuidade ao seu tratamento fisioterapêutico. Assim, é necessário que exista uma rede de acesso e amplo alcance aos usuários, pois realizando tratamento fisioterapêutico concomitante ao tratamento clínico, o usuário conseguirá ser visto de forma mais global, diminuindo as possibilidades de o mesmo retornar à alta complexidade (FERRER et al, 2015; ALELUIA & CARVALHO et al, 2012).

A rede assistencial do SUS tem demonstrado um sensível crescimento da atenção primária nos últimos anos, como uma das estratégias para resolução dos problemas de saúde populacionais. No entanto, na maioria das vezes, os pacientes que saem da alta complexidade necessitam, em geral, de um atendimento ambulatorial mais específico. Essa demanda, porém, fica difícil de atender pois tem se observado uma carência de serviços fisioterapêuticos no nível secundário (RIBEIRO & SOARES, 2015).

Na baixa complexidade o fisioterapeuta desempenha um papel de reconhecer a população e o território em questão, traçar estratégias de acompanhamento da mesma - sejam estas individuais ou coletivas; planejamento de medidas evitando riscos e piora da condição dos indivíduos, bem como, promover educação e manutenção da saúde. Assim, percebe-se que o profissional tem seu cenário ampliado para as questões coletivas e não somente individuais, como na atenção secundária (RIBEIRO & SOARES, 2015; FORMIGA & RIBEIRO, 2012).

Quando há necessidade de um atendimento individualizado e específico, o paciente deve ser encaminhado a um serviço de média complexidade com o perfil reabilitador, o qual, após a alta hospitalar, trará melhores resultados para retornar às suas atividades de vida diária (AVD's). O atendimento especializado é planejado e articulado individualmente para cada indivíduo. Na média complexidade o tratamento fisioterapêutico acolhe perfis variados de pacientes, desde a pediatria até idosos e tem uma larga procura pelos benefícios trazidos aos pacientes (ZAGO et al, 2009).

Existem poucos estudos que mostram essa procura por serviços de média complexidade. Um estudo realizado entre 2011 e 2012 no Município de Ribeirão Preto, em São Paulo, mostra que dos 9.651 encaminhamentos feitos à secretaria de saúde da cidade, 49,09% foram através dos setores de fisioterapia/fisioterapia. A procura pelo serviço de fisioterapia nesse mesmo período aumentou 20,02%, o que evidencia a necessidade deste tipo de atendimento por parte da população (SOUZA & OLIVEIRA, 2015; SCHMIDT et al, 2011). Não foram encontrados estudos que reafirmassem tais dados na cidade do Rio de Janeiro.

Na prática, porém, tem havido maior dificuldade de encontrar na rede de atenção secundária a oferta do serviço de fisioterapia, observando-se limitação nos atendimentos (FERRER et al, 2015; SPEDO et al., 2010). A falta ou a insuficiência desses serviços trazem como obstáculo o agravamento das sequelas deixadas pelos longos períodos de internação e da própria patologia já instalada. Sugere-se que esse conjunto de fatos, podem levar o usuário ao não retorno às suas AVD's, à piora do quadro funcional e/ou patológico ou novamente à internação hospitalar, devido a dificuldade de acesso à integralidade da rede assistencial (FERRER et al, 2015).

Considerando o cenário apresentado, identifica-se a necessidade de realização de estudos que possam avaliar a continuidade do atendimento fisioterapêutico dos pacientes que saem da alta complexidade, além de aumentar o entendimento e traçar estratégias de fluxo de atendimento fisioterapêutico entre os pacientes na rede.

Acompanhar os pacientes, após a alta hospitalar da Clínica Médica do HFSE, com indicação de atendimento fisioterapêutico, avaliar a independência funcional dos pacientes encaminhados para acompanhamento fisioterapêutico após a alta hospitalar e avaliar o tempo de retorno às atividades laborais e sociais dos pacientes que necessitam de atendimento fisioterapêutico após a alta hospitalar.

## Metodologia

Este estudo foi realizado nas enfermarias de CM do HFSE e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital. Foram avaliados todos os pacientes internados neste setor no período de abril a julho de 2016. A avaliação fisioterapêutica foi realizada no momento da internação, na CM, sendo utilizados como instrumentos auxiliares de avaliação, a Medida de Independência Funcional (MIF) (Anexo 1) e a Escala de Equilíbrio de BERG (Anexo 2).

A equipe de fisioterapia do HFSE realiza uma avaliação inicial dos pacientes nas enfermarias de CM utilizando como instrumentos de avaliação funcional e de equilíbrio a MIF e a BERG, respectivamente. Este protocolo foi adotado pois observou-se que com a avaliação do perfil funcional dos pacientes a equipe poderia selecionar ou priorizar os atendimentos dos pacientes, principalmente pela grande diversidade de diagnóstico clínico dos mesmos.

A MIF é uma escala de independência funcional que é geralmente utilizada para pacientes ambulatoriais, mas que ultimamente tem sido utilizada em pacientes internados no hospital para avaliação da dependência funcional e da necessidade de assistência e cuidado a esses pacientes. É composta por 18 sessões e sua pontuação em cada sessão varia de 1 à 7, onde 1 é dependência completa para a função avaliada e 7 é independência completa, totalizando pontuação máxima de 126 e mínima de 18. Já a BERG é uma escala na qual se avalia o equilíbrio e, portanto, muito útil no ambiente hospitalar visto que a maioria de nossos pacientes são idosos, o que já denota risco de queda, e o repouso prolongado no leito durante o tempo de internação pode ser suficiente para agravar ainda mais a diminuição de equilíbrio. No período de alta

hospitalar, foi realizada uma nova avaliação fisioterapêutica, utilizando os mesmos instrumentos; sendo avaliada a continuidade do atendimento fisioterapêutico após a alta hospitalar.

Foi realizado encaminhamento para uma UBS dentro de sua AP através da Guia de Referência e Contrarreferência. O processo de encaminhamento dos pacientes que necessitavam de continuidade do atendimento fisioterapêutico, realizado por essa pesquisa, foi orientado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) e realizado através da busca por serviços de menor complexidade, entrando no site da Secretaria Municipal de Saúde a fim de seguir as normas territoriais, encontrando uma UBS para gerenciar o paciente, próximo ao seu endereço domiciliar. Insere-se o endereço do paciente e o site fornece a UBS referente à sua AP. O único documento encontrado que define a forma de contrarreferenciar os pacientes para um serviço de fisioterapia ambulatorial, sugere que o usuário deve ser encaminhado para uma reavaliação médica e/ou à UBS de posse de um relatório de contrarreferência (BRASIL, 2015).

Participaram desta pesquisa 15 pacientes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo 3). Dessa forma, foram incluídos no estudo todos os pacientes que foram avaliados na internação e no momento de alta hospitalar, os quais receberam Guia de Contrarreferência para encaminhamento fisioterapêutico. Foram excluídos da pesquisa os pacientes que não quiseram assinar o TCLE e aqueles que não conseguimos contato telefônico.

No momento da alta hospitalar, os pacientes receberam também, o relatório fisioterapêutico com o diagnóstico funcional e o objetivo do tratamento fisioterapêutico proposto, para serem referenciados à uma unidade de menor complexidade dentro de sua AP, a fim de que continuassem o tratamento fisioterapêutico iniciado no hospital.

A equipe de pesquisa entrou em contato com o paciente ou responsável legal, via telefone, no primeiro e no segundo mês após a alta hospitalar, para a realização do Questionário de Acompanhamento (Anexo 4). Este questionário foi elaborado pela equipe de pesquisa e adaptado de acordo com as funções da MIF, no qual pergunta se o usuário conseguiu atendimento fisioterapêutico e sobre o quadro funcional; se havia retornado às atividades laborais e de lazer, dentre outras questões relacionadas à saúde do paciente.

## Resultados e Discussão

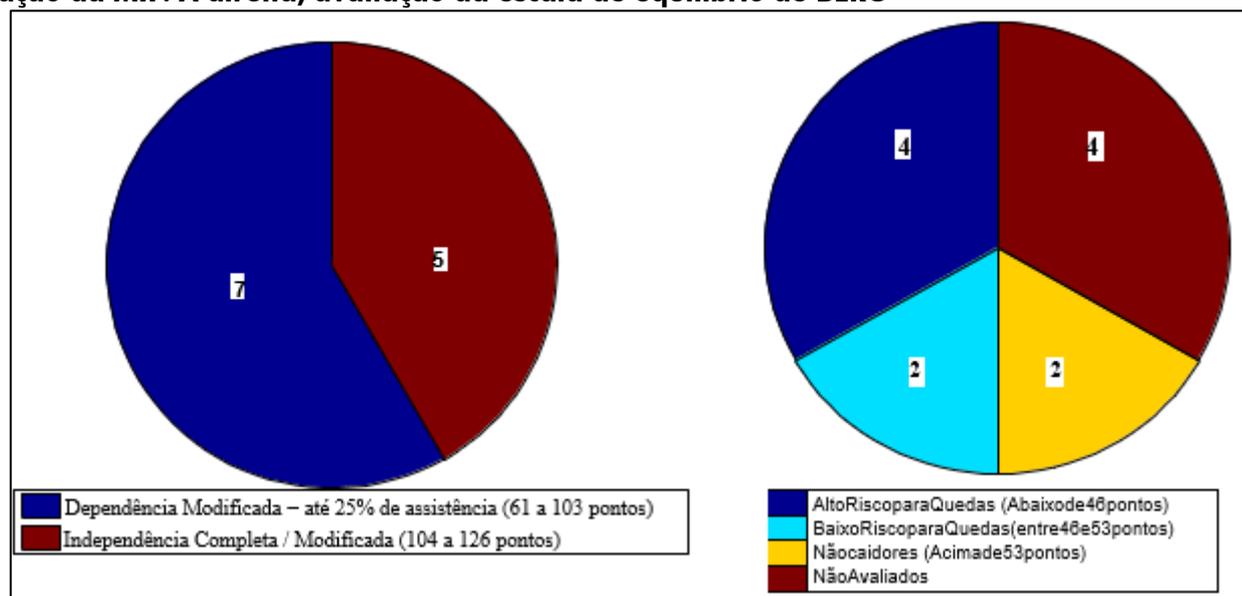
Participaram do projeto inicialmente 15 pacientes, sendo excluídos 3 desses por não atenderem aos contatos telefônicos. Os dados epidemiológicos dos pacientes que participaram do estudo encontram-se na tabela 1. Dos 12 indivíduos restantes, 7 eram do sexo feminino (58,3%) e 5 do sexo masculino (41,7%). Os pacientes possuem uma média de idade de 63 anos e tempo de internação médio de 38,2 dias.

**TABELA 1 - Dados epidemiológicos dos pacientes avaliados. Gênero está expresso pelo número absoluto e o percentual entre parênteses. Valores de Idade; Tempo de internação dos pacientes que tiveram alta;**

<b>Pacientes</b>	12
<b>Gênero</b>	Fem. - 7 (58,3%)      Mas. - 5 (41,7%)
<b>Idade</b>	63 (±13,9)
<b>Tempo de Internação (Alta)</b>	38,2 (±4,8)

Em relação à avaliação da MIF, 7 pacientes avaliados no estudo apresentavam dependência funcional modificada, com necessidade de até 25% de assistência; 5 pacientes apresentaram independência completa ou modificada; e nenhum dos pacientes apresentavam dependência completa ou necessidade de assistência de até 50%, conforme observado na figura 1. A avaliação de equilíbrio dos pacientes mostrou que 4 pacientes apresentavam alto risco para quedas; 2 apresentavam baixo risco para queda; e 2 eram considerados "não caidores". Quatro pacientes não puderam ou não quiseram ser avaliados por essa ferramenta.

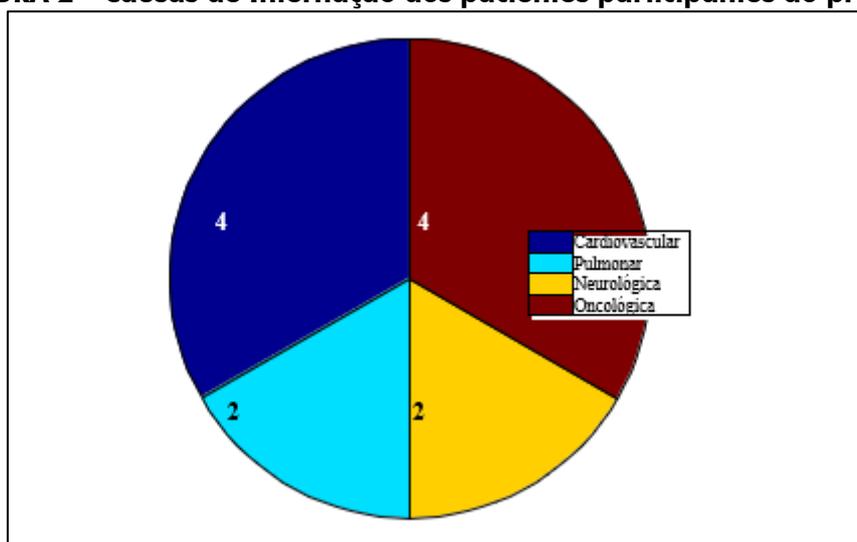
**FIGURA1-Avaliação Funcional e de equilíbrio dos pacientes que participaram do projeto. À esquerda, avaliação da MIF. À direita, avaliação da escala de equilíbrio de BERG**



A cronicidade das doenças de base somadas à piora funcional que a internação causa também refletem os gastos que a família terá e no custo que o SUS tem sobre cada tratamento. A pesquisa nacional de saúde publicada em 2014 pelo IBGE aponta as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o novo perfil epidemiológico da população, sendo as quatro principais, as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, assim como afirma Mendes (2010) em sua pesquisa sobre as redes de atenção à saúde, problematizando uma nova forma organizacional de atenção à saúde no Brasil. As DCNTs apresentam alta mortalidade e morbidade, elevando os custos de saúde (IBGE, 2014; MENDES, 2010).

Dentre as causas de internação dos pacientes acompanhados na pesquisa constavam as pneumopatias (2 pacientes), doenças oncológicas (4 pacientes), doenças neurológicas (2 pacientes) e doenças cardiovasculares (4 pacientes) (Figura 2), mostrando a incidência dessas doenças crônicas nesse setor.

**FIGURA 2 - Causas de Internação dos pacientes participantes do projeto.**



Uma pesquisa de 2011 fez uma comparação com um importante estudo do ano de 1998 que utilizou o *Disability Adjusted Life Years* (DALYs – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) como instrumento de avaliação e constatou que as doenças crônicas foram responsáveis por 66% dos DALYs e que câncer e doenças musculoesqueléticas tem equivalência de 6% dos DALYs. Observa-se que apesar de antigo esses dados mostram que o perfil epidemiológico populacional vem sofrendo mudanças há mais de uma década e a organização da atenção à saúde requer outras estratégias para acompanhar esse novo perfil (SCHIMIDT et al, 2011; SOUZA& OLIVEIRA, 2015).

O Brasil viveu um processo de transição demográfica e epidemiológica no qual, diminuiu a taxa de fecundidade e aumentou a taxa de envelhecimento; segundo dados da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (2011), os idosos (pessoas com mais de 60 anos) somam 23,5 milhões dos brasileiros (12,1%). O idoso naturalmente é um indivíduo que requer maior atenção e cuidados de saúde por seu envelhecimento orgânico. Quando não recebe a devida assistência, tem maior risco de internação por doenças crônicas ou degenerativas, além de permanência hospitalar por longo tempo. É preciso ter um sistema de saúde que acolha toda a população em suas necessidades (SECRETARIA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 2011; MARIN et al, 2010).

O envelhecimento populacional no Brasil contribuiu para o aumento da procura pelos serviços de saúde nos últimos anos. Esse é um dos motivos, dos quais, a demanda tende a crescer nas unidades públicas, especialmente no setor secundário, onde a fisioterapia é mais carente de locais de atendimentos.

Quando um indivíduo recebe todos os recursos que precisa para seus cuidados no SUS, reduz os gastos governamentais sobre a saúde, porque minimiza as possíveis complicações no processo saúde-doença, evita reinternações e óbitos. Mas, quando um paciente não tem acesso ao tratamento, seja em qualquer nível de atenção à saúde, este pode se tornar reincidente e dobra o custo de seu tratamento, retornando à rede (ROXANA et al, 2001).

No processo de alta hospitalar, mesmo quando um indivíduo apresenta um quadro funcional aparentemente estável, a fisioterapia é indicada para continuar o tratamento e não haver piora do quadro, pois, senão tratado adequadamente, pode fazer com que o mesmo retorne para o Sistema de Saúde. A fisioterapia trará melhora da qualidade de vida e independência funcional, fazendo com que esse indivíduo retorne às suas atividades laborais e de lazer (ROXANA et al, 2001; ZAGO et al, 2009).

A fisioterapia com perfil reabilitador precisa de acompanhamento contínuo para alcance dos objetivos. Foi observado um investimento importante na atenção básica, porém, esse aumento não foi visto na atenção secundária/especializada. É preciso que haja crescimento equivalente em todas as esferas de atenção à saúde para que o Sistema possa estar integrado e nenhum dos lados esteja sobre carregado. A boa articulação e organização fazem com que o SUS funcione melhor para toda a população e para o Estado, reduzindo gastos e trazendo melhores condições de saúde (FERRER et al, 2015; SPEDO et al, 2010).

De acordo com o site da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro existem 40 unidades reabilitadoras no município, sendo elas mescladas entre fisioterapia e fonoaudiologia por APs variadas. Não sabemos a veracidade das informações, visto que, a última atualização do site foi realizada no ano de 2010. Além disso, o fluxograma para encaminhamento desses pacientes diz que os mesmos devem ser direcionados para uma UBS e não clínicas de reabilitação. Dessa forma percebemos que a população não tem acesso a informação dos serviços de fisioterapia existentes e os poucos que constam não são suficientes para atender a demanda (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2010).

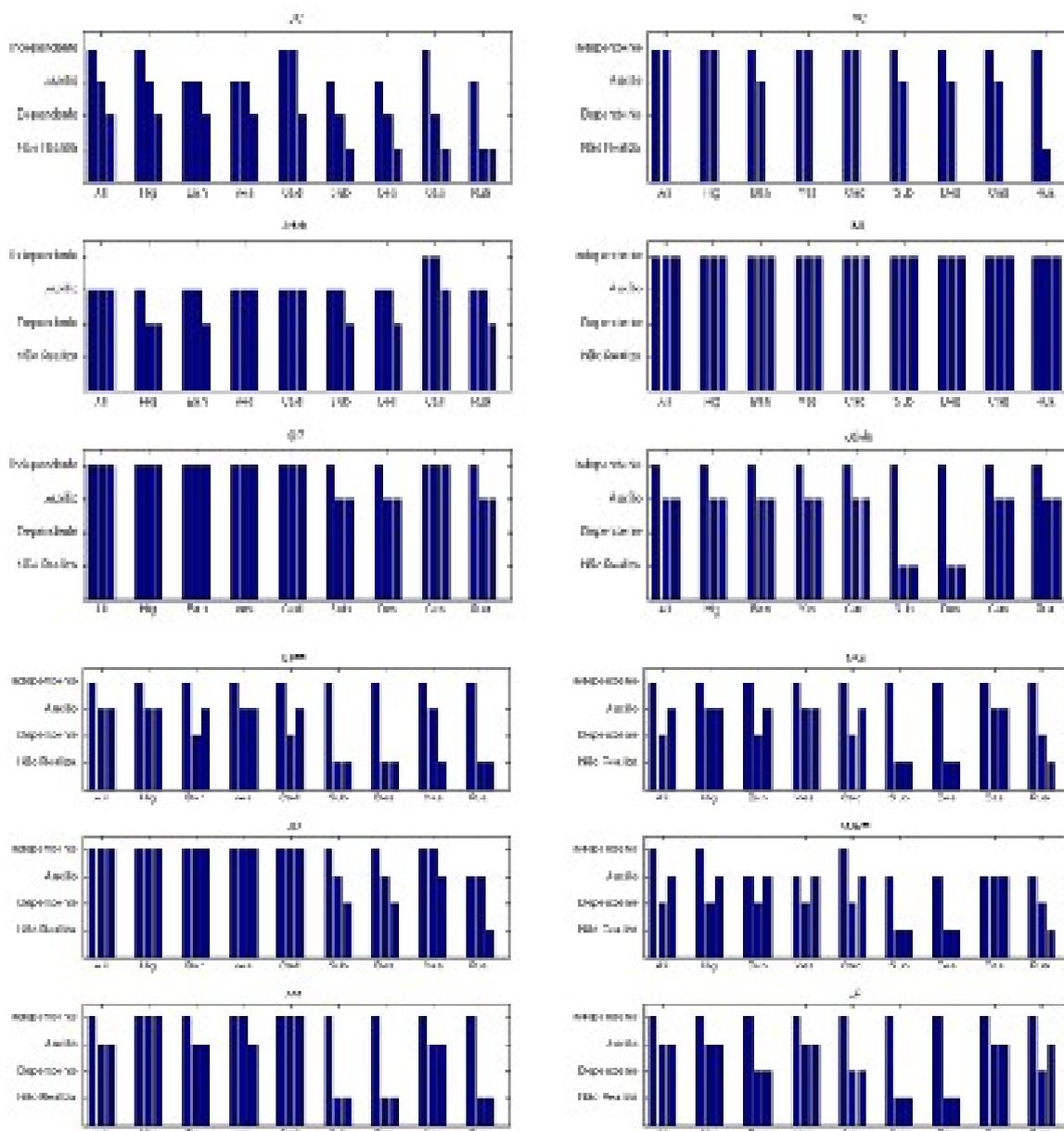
O site do DATASUS permite buscas por serviços específicos. De acordo com a busca realizada é encontrado para o Município do Rio de Janeiro diferentes números de serviços assistenciais de fisioterapia. Por exemplo, podemos selecionar o “Serviço Especializado” como Serviço de Fisioterapia ou Serviço de Reabilitação. Se escolhermos a opção Serviço de Fisioterapia é permitido classificar o serviço desejado entre as opções: “Assistência

Fisioterapêutica Cardiovasculares e Pneumofuncionais”; “Assistência Fisioterapêutica em Alterações Obstétricas Neonatais”; “Assistência Fisioterapêutica em Alterações Oncológicas”; “Assistência Fisioterapêutica em Oftalmologia”; “Assistência Fisioterapêutica em Queimados”; “Assistência Fisioterapêutica nas Alterações em Neurologia”; “Assistência Fisioterapêutica nas Disfunções Músculo Esqueléticas”; ou “Diagnóstico Cinético Funcional”. Podemos escolher também se o Atendimento é ambulatorial ou hospitalar e cada um tem a opção “SUS” ou “Não SUS”. Se escolhermos todas as classificações de serviço com Atendimento Ambulatorial e Hospitalar do SUS temos 58 unidades. Caso a opção Serviço de Reabilitação seja escolhida na sessão “Serviço Especializado” são habilitadas novas opções, dentre elas algumas pertinentes ao trabalho do fisioterapeuta como “Assistência Ventilatória”; “Atenção Fisioterapêutica” e “Reabilitação Física”. Além de ser confuso nestas listas aparecem dentre outras unidades, o HFSE, por exemplo, como tendo atendimento ambulatorial – porém sabe-se que não existe serviço ambulatorial de fisioterapia neste local há mais de 5 anos. Segundo o site, os dados foram atualizados em 2017, assim também não encontramos concordância nos dados, e as falhas presentes mostram que a população não tem acesso a informações sobre as unidades especializadas em atendimento fisioterapêutico no Município do Rio de Janeiro (DATASUS, 2017).

Após a alta hospitalar e o encaminhamento para as UBSs, os resultados funcionais relatados pelos participantes (ou responsável legal) nos telefonemas mostram diminuição importante da independência funcional em relação ao período prévio à internação. Foram avaliadas no período após a alta hospitalar as seguintes funções: alimentação, higiene pessoal, banho, transferência para a cadeira, subir escada, descer escada, andar em casa e andar na rua. Tais atividades foram classificadas como: independente, auxílio, dependente e não-realiza. Classificamos como “Independente” o indivíduo que realiza a tarefa sozinho; como “Auxílio”, quando precisa de algum tipo de apoio para fazê-lo, como por exemplo, bengala, cadeira de rodas ou andador; como “Dependente” quando o indivíduo depende de alguém para realizar a tarefa; como “Não Realiza”, quando a tarefa não é feita de forma alguma.

A figura 3 mostra a condição funcional dos pacientes pré-internação e após a alta hospitalar no primeiro e segundo mês de acompanhamento. Somente 1 paciente não apresentou qualquer diminuição funcional após a internação hospitalar. Todos os outros 11 pacientes apresentaram alguma perda funcional após o período de internação. Três pacientes já apresentavam algum grau de incapacidade funcional antes da internação, o qual piorou após o tempo de hospitalização. As funções de locomoção em escadas, domiciliar e na rua são as que mais mostraram queda de capacidade dos pacientes (11 pacientes). Somente dois pacientes (LP e MJB) realizaram atendimento fisioterapêutico após a alta hospitalar. Como dito anteriormente, a média de idade dos pacientes e o perfil de doenças crônicas dos pacientes justificaria o atendimento fisioterapêutico previamente à internação. Alguns trabalhos mostram a importância da intervenção fisioterapêutica nesse perfil de população visando diminuir o número de internações hospitalares. Uma vez que esse paciente foi internado são necessários todos os cuidados de reabilitação para que esse paciente sofra o menos possível os efeitos de perda funcional, tanto durante o período de internação quanto, principalmente, após a alta hospitalar, em unidades reabilitadoras adequadas.

**FIGURA 3 - Condição funcional dos pacientes que participaram do projeto no período pré-internação hospitalar, após o primeiro e o segundo mês após a alta hospitalar. Os 12 pacientes são representados pelas suas iniciais em cada gráfico. Cada paciente foi avaliado três vezes em cada função (pré-internação, no 1º mês e no 2º mês depois da alta hospitalar, respectivamente). Ali: Alimentação; Hig: Higiene Pessoal; Ban: Banho; Ves: Vestir a Roupa; Cad: Mobilização para a Cadeira; Sub: Subir Escada; Des: Descer Escada; Cas: Deambulação em Casa; Rua: Deambulação na Rua. \*\*após as iniciais indicam os pacientes que receberam acompanhamento fisioterapêutico após a alta hospitalar.**



Todos os participantes da pesquisa (ou responsável legal) relataram ter procurado atendimento nas unidades encaminhadas. Nenhum dos participantes da pesquisa conseguiu encontrar atendimento fisioterapêutico ambulatorial no SUS. Somente 2 pacientes (16,7%) continuaram o tratamento fisioterapêutico após a alta hospitalar, sendo este atendimento domiciliar pago pelo paciente (Tabela 2).

Dentre todos os indivíduos, 6 participantes (50%) tiveram complicações após a alta hospitalar e destes, 4 reinternaram (33,3%) devido a estas mesmas complicações. Desse mesmo grupo, um paciente foi à óbito ao longo deste período de acompanhamento. Nenhum paciente retornou às suas atividades laborais e de lazer (Tabela 2).

**TABELA 2 - Dados de acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar.**

	N (12)	%
<b>FISIOTERAPIA PÓS ALTA</b>		
Sim	2	16.7
Não	10	83.3
<b>RETORNO AO TRABALHO</b>		
Sim	0	0.0
Não	12	100.0
<b>RETORNO AO LAZER</b>		
Sim	0	0.0
Não	12	100.0
<b>COMPLICAÇÃO PÓS ALTA</b>		
Sim	5	41.7
Não	7	58.3
<b>REINTERNACÃO</b>		
Sim	3	25.0
Não	9	75.0
<b>ÓBITO</b>		
Sim	2	16.7
Não	10	83.3

Todos os dados coletados mostram a vulnerabilidade em que nossos pacientes se encontram quando se trata de acesso as redes de saúde, o que somado a condição patológica já instalada, torna o tratamento mais difícil. A piora ou manutenção funcional dos pacientes sem acompanhamento fisioterapêutico após a alta hospitalar sugere que a fisioterapia é importante após esse período para diminuir essa deterioração funcional e reintegrar o paciente mais rapidamente às suas atividades de vida cotidiana e como pode trazer danos ao indivíduo quando não realizada.

Um estudo realizado com idosos após a alta hospitalar, em atendimento na estratégia de saúde da família (ESF), constatou que dos 67 idosos participantes, 31,2% tiveram complicações e reinternaram. Desses que reinternaram, somente 19 (28,4%) receberam contrarreferência para UBS de origem e outros 30% tiveram dúvidas e dificuldades para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Esse estudo mostrou que mesmo estando em acompanhamento pela ESF, a mesma não supriu a necessidade dos cuidados de saúde desses pacientes após a alta hospitalar demonstrando a importância de ser acompanhado por outros profissionais de saúde além dos médicos e equipe de enfermagem, sugerindo um novo modelo com estratégias para acompanhamento após a alta hospitalar de idosos (MARIN et al, 2010).

Outro estudo que avaliou a referência e contrarreferência (RCR) na cidade do Rio de Janeiro, afirmou que cada nível de atenção à saúde deve suprir uma quantidade de pessoas e garantir o acesso para sanar seus respectivos problemas dentro de cada complexidade. O componente principal para que haja integralidade, como diretriz do SUS, é o sistema de RCR, incluindo um protocolo, regulação de filas e vagas. A pesquisa encontrou problema de territorialidade e aproximação dos locais de serviço no Município do Rio de Janeiro, articulação entre as redes e o sistema de regulação, e ainda problemas de informação à população referente ao serviço oferecido e seus horários. Na AP3.1 avaliada foi visto que:

“a oferta de serviços de caráter secundário em apoio ao Programa de Saúde da Família não é planejada, nem está subordinada à Coordenação de Área Programática, dependendo de negociações entre esta e os dirigentes das unidades secundárias e terciárias, o que não assegura uma oferta regular e suficiente de procedimentos nesses níveis de atenção” (SERRA& RODRIGUES et al, 2010).

Spedo (2010) reafirma ainda com base em outras pesquisas de avaliação, que a resolutividade da atenção básica depende do acesso à média complexidade com acompanhamento especializado e exames. O SUS assegura em sua diretriz de Integralidade a garantia de acesso aos três níveis de atenção à saúde (SERRA & RODRIGUES, 2010; BRASIL, 1990).

De acordo com as normas e diretrizes do SUS, todos os pacientes devem ter acesso à uma ampla rede de atendimentos universal e integral por todo o território. A saúde é um direito de qualquer cidadão e dever do Estado. A procura pelos serviços de fisioterapia deve ser apenas uma etapa do processo saúde-doença. Quando não há garantia de acesso à rede assistencial fisioterapêutica com diagnóstico cinesiológico funcional, atendimento imediato e acompanhamento multiprofissional, os riscos à saúde da população aumentam e trazem danos ao funcionamento do Sistema de Saúde que fica sobrecarregado em níveis de maior complexidade. Mendes (2010) afirma que o sistema vigente é voltado para doenças agudas e que o perfil epidemiológico, atual, traz até tripla carga de doenças crônicas; sendo assim, uma demanda de tratamento à longo prazo. Precisamos de um Sistema que agregue a continuidade desses procedimentos em toda a Rede de Atenção à Saúde (SILVA et al, 2014, BRASIL, 1990).

Outra limitação encontrada foi dificuldade de compreensão em responder uma pesquisa, por telefone por parte dos pacientes. No entanto, seria inviável remarcar com cada paciente no HFSE para reavaliação funcional após a alta hospitalar, já que os participantes moram longe e seria dispendiosa a locomoção, além do fato de serem idosos e terem adquirido déficits funcionais torna mais difícil o deslocamento.

## Conclusão

Concluimos que os pacientes que tiveram alta da CM do HFSE não conseguiram continuar o atendimento fisioterapêutico após a alta hospitalar na rede pública. A população avaliada foi composta por pacientes portadores de doença crônica e idosos que necessitavam de atendimento fisioterapêutico durante a internação e após a alta hospitalar. A piora funcional durante a internação e a não continuidade da reabilitação fez com que esses pacientes não retornassem às suas atividades de vida diária. É imprescindível que se regularize o fluxo de encaminhamento para que esses pacientes tenham acesso à continuidade da reabilitação após a alta hospitalar.

## Referências

ALELUIA, Í. R. S.; DE ANDRADE CARVALLHO, M.. Desafios da integralidade no campo da assistência fisioterapêutica no Sistema único de saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 2, p. 464-479, 2012.

ALVES, A. N.. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. **Ensaios e Ciência**, v. 16, n. 6, 2012.

BRASIL. Constituição (1990). Lei-decreto nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Condições Para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, A Organização e O Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências**, Congresso Nacional. Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro**. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília – DF, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_acesso\\_ambulatorial\\_consulta\\_especializada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Datasus, CNES. Secretaria de Atenção à Saúde. **CONSULTAS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**. 2017. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp?VEstado=33&VMun=330455&VComp=00&VTerc=1&VServico=126&VClassificacao=00&VAmbu;=&VAmbuSUS=1&VHosp;=&VHospSUS=1](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=33&VMun=330455&VComp=00&VTerc=1&VServico=126&VClassificacao=00&VAmbu;=&VAmbuSUS=1&VHosp;=&VHospSUS=1)>. Acesso em: 22 jan. 2017.

CARDOZO-GONZALES, R.I.; VILLA, T.C.S; CALIRI, M.H.L. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 34, n. 3/4, p. 325-333, 2001.

COSTA, L. R. et al. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 5, p. 422-430, 2012.

DA SILVA SOUZA, C.; DE OLIVEIRA, A. S.. Prevalência de encaminhamentos às doenças musculoesqueléticas segundo a classificação estatística internacional de doenças (CID-10): reflexões para formação do fisioterapeuta na área de musculoesquelética. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 1, p. 48-53, 2015.

FERRER, M. L. P. et al. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 223-230, 2015.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S.. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 113-122, 2012.

GARNACHO-MONTERO, J. et al. Critical illness polyneuropathy: risk factors and clinical consequences. A cohort study in septic patients. **Intensive care medicine**, v. 27, n. 8, p. 1288-1296, 2001.

IBGE, Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas, Brasil Grandes Regiões e Unidades de Federação**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>> Acesso em: 22 Jan. 2017.

KARUKA, A. H.; SILVA, J. A.M.; NAVEGA, M. T. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 15, n. 6, p. 460-466, 2011.

MARIN, M. J. S. et al. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 962-968, 2010.

MENDES, E. V.. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MOTTA, É.; NATALIO, M. A.; WALTRICK, P. T.. Intervenção fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**, v. 16, n. 2, p. 118-123, 2008.

PINHEIRO, A. R.; CHRISTOFOLETTI, G.. Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 2, p. 188-196, 2012.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO (Rio de Janeiro). Secretaria Municipal de Saúde. **Fisioterapia: Mapa de Atendimento**. 2010. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2814240>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

RIBEIRO, C. D.; FLORES-SOARES, M. C. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Salud Pública**, v. 17, p. 379-393, 2015.

SCHMIDT, M.I., DUNCAN, B.B., AZEVEDO E SILVA, G., MENEZES, A.M., MONTEIRO, C. A., BARRETO, S.M., CHOR, D., MENEZES, P.R., Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: Carga e Desafios atuais, v.11, n.60, p135-9, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736

SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS, 2013, **Dados sobre Envelhecimento no Brasil**. Brasília – DF. Ministério da Justiça, 2013. 9 p. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadosobreoenvelhecimentoBrasil.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A.. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3579-3586, 2010.

SIQUEIRA, A.B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004.

SOUSA, A. R. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S.. A Rede assistencial em fisioterapia no Município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. **Rev. bras. ciênc. saúde**, 2011.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y.. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

TO, K. B.; NAPOLITANO, L. M.. Common complications in the critically ill patient. **Surgical Clinics**, v. 92, n. 6, p. 1519-1557, 2012.

TRINDADE, K. M. C.; SCHMITT, A. C. B.; CASAROTTO, R. A.. Queixas musculoesqueléticas em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 228-234, 2013.

ZAGO, A. P. V.; GRASEL, C. E.; PADILHA, J. A.. Incidência de atendimentos fisioterapêuticos em vítimas de fraturas em um hospital universitário. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 4, 2017.

Recebido em: 17/07/2020

Aprovado em: 11/09/2020