



ACESSO ABERTO

Data de Recebimento:

04/01/2023

Data de Aceite:

06/02/2023

Data de Publicação:

10/02/2023

Revisor Por:Mônica Lorencetti Fornazier Nádia,
Antunes Pereira Silva***Autor correspondente:**Diego Silveira Siqueira,
diegosilveirasiqueira@gmail.com**Citação:**MACHADO, S. D; SIQUEIRA,
D. S. Referência e contra
referência pós alta da unidade
de terapia intensiva: uma
revisão integrativa. **Revista
Multidisciplinar em Saúde**,
v. 4, n. 1, 2023. [https://doi
org/10.51161/integrar/rem/3647](https://doi.org/10.51161/integrar/rem/3647)**REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA PÓS ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**Débora Santos Machado¹, Diego Silveira Siqueira²¹ Enfermeira, Prefeitura Municipal de Barros Cassal – RS.² Docente do Curso de Enfermagem, Centro Universitário Ritter dos Reis/ UniRitter, Porto Alegre, RS. Rua Orfanotrófio 555, Porto Alegre, RS, CEP: 90840-440.**RESUMO**

Introdução: A alta hospitalar não é um ato isolado, ainda mais ao se tratar de um paciente que esteve um bom tempo em situação delicada, como em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo. A Política Nacional de Humanização (2004) traz que, estar conectado em rede implica em processos de troca, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS. Trazer a equipe que vai receber o paciente no âmbito domiciliar para ser orientada sobre as necessidades daquele paciente, faz com que esta equipe esteja melhor capacitada a orientar os familiares e cuidadores posteriormente. **Objetivo:** Esta revisão busca compreender a realidade da referência e contra referência das equipes de saúde intra e extra-hospitalar, como é planejado o cuidado pós-alta, em especial dos pacientes que estiveram em quadro clínico crítico nas Unidades de Terapia Intensiva. **Método:** Para construção deste trabalho foi realizada busca na literatura, tendo como estratégia metodológica a revisão narrativa. Para consulta, foram utilizados de forma independente e em duplicata os seguintes bancos de dados: PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, esta última que permite acesso as bases LILACS, IBECs, MEDLINE e Scielo. **Resultados:** Na busca, após muita análise, foram criteriosamente selecionados dez estudos, nos quais os autores versam sobre meios de implementação de uma união entre as equipes de saúde intra e extra-hospitalar, a fim de melhorar o atendimento disponibilizado por elas e frizam a relevância de estudos como este. **Conclusão:** Percebe-se a importância de um bom plano de alta hospitalar, que deve ser pensado desde a admissão do doente e traçado dia-a-dia em conjunto com a equipe multidisciplinar, não só da UTI como de toda instituição, a fim de qualificar o atendimento e o pós-alta, assim diminuindo o número de reinternações, o que, além disso, ainda trará uma economia significativa ao SUS e outros planos de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem, Assistência em saúde, Cuidados críticos.

ABSTRACT

Introduction: Hospital discharge is not an isolated act, especially when it is a patient who has been in a delicate situation for a long time, such as in an Intensive Care Unit (ICU), for example. The National Humanization Policy (2004) implies that being networked implies exchange processes, in a cooperative and supportive manner, in accordance with the SUS guidelines. Bringing the team that will receive the patient at home to be oriented about the needs of that patient, makes this team better able to guide family members and caregivers later. **Objective:** This review seeks to understand the reality of the reference and counter-reference of intra- and extra-hospital health teams, as post-discharge care is planned, especially for patients who were in critical clinical condition in intensive care units. **Method:** For the construction of this work, a search was carried out in the literature, with narrative review as the methodological strategy. For consultation, the following databases were used independently and in duplicate: PubMed and Virtual Health Library, the latter that allows access to lilacs, ibecs, MEDLINE and Scielo databases. **Results:** Ten studies were carefully selected in the search, after much analysis, in which the authors deal with means of implementing a union between intra- and extra-hospital health teams, in order to improve the care provided by them and fry the relevance of studies such as this. **Conclusion:** It is perceived the importance of a good hospital discharge plan, which should be considered since the patient's admission and tracing day-to-day together with the multidisciplinary team, not only of the ICU but also of the entire institution, in order to qualify the care and post-discharge, thus reducing the number of readmissions, which, in addition, will still bring significant savings to the SUS and other health plans.

Keywords: Nursing, Health care, Critical care.

1 INTRODUÇÃO

Considerando a Portaria nº 1208, de 18 de junho de 2013 que dispõe sobre o Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS), em seu art.4º, que visa realizar a busca ativa no hospital a fim de identificar usuários elegíveis para a Atenção Domiciliar, utilizando-se de Protocolos de Elegibilidade, têm-se um modelo que estaria preparando o paciente para uma desospitalização segura e assim minimizando a frequência de reinternações (BRASIL, 2013).

Considera-se a alta hospitalar como sendo um ato que envolve diversos parâmetros, em principal no que diz respeito a pacientes que estiveram internados em situação crítica, precisando de cuidados especiais, como em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo. A alta então deve ser planejada o mais cedo possível para que assim ela seja segura e responsável, possibilitando o acompanhamento em rede. A Política Nacional de Humanização (2004) estabelece que estar conectado em rede implica em processos de troca, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS (PNH, 2004).

No estudo de Reis (2015), pode-se observar a sugestão da criação de um Protocolo de Alta Qualificada para os setores que estejam participando do atendimento e/ou cuidado, e os que irão participar. Trazer a equipe que vai receber o paciente no âmbito domiciliar para ser orientada sobre as necessidades daquele paciente, faz com que esta equipe esteja capacitada a orientar os familiares e cuidadores posteriormente.

De forma geral, os familiares demonstram maneiras divergentes de organizar seu núcleo perante o conviver com a doença e, por isso, é preciso estar atento não somente ao paciente em si, mas também aos cuidadores que acabam carecendo de atenção. Esta atenção será procurada na Atenção Primária de Saúde (APS) tornando-se assim, mais um desafio para estas equipes que, estando bem orientadas sobre o quadro do paciente, poderá melhor atender os usuários envolvidos (NASCIMENTO et al., 2016).

A enfermagem tem papel fundamental neste processo, uma vez que atuando no planejamento, este profissional é capaz de fazer a ligação entre o paciente e outros prestadores de cuidados de saúde na comunidade, sejam familiares, cuidadores ou outros profissionais da área. Este planejamento deverá estabelecer as referências, iniciar plano terapêutico em conjunto com a equipe multidisciplinar, além de verificar a compreensão da família e/ou do cuidador quanto ao plano de cuidados. De outro lado está o enfermeiro da APS, que deverá certificar-se de que no domicílio estarão disponíveis todos os dispositivos necessários para receber o paciente e garantir uma boa qualidade em seu atendimento (IBES, 2017).

Esta revisão busca compreender a realidade da referência e contra referência das equipes de saúde intra e extra-hospitalar, de forma a compreender como é planejado o cuidado pós-alta, em especial dos pacientes que estiveram em quadro clínico crítico nas Unidades de Terapia Intensiva, pois se entende que estes estão mais suscetíveis a necessitar de cuidados complexos em domicílio, onde não somente a família é responsável por tal cuidado. Ou seja, objetiva também que a equipe da APS venha atender o que traz a Portaria nº 1208, de 18 de junho de 2013, diminuindo a frequência de reinternações hospitalares, de forma a disponibilizar qualidade no atendimento e minimizar a ocupação de leitos (BRASIL, 2013, Art. 2º).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para construção deste estudo foi realizada busca na literatura utilizando como estratégia metodológica a revisão narrativa, ocorre através da análise ampla da produção científica existente, sendo apropriada para compreender o desenvolvimento de determinado tema atual sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante a descrição, interpretação, análise crítica e discussão teórico-reflexiva dos estudos já produzidos, permitindo ao pesquisador, em curto espaço de tempo e de forma clara e objetiva, identificar as lacunas a serem preenchidas por novos estudos (BRUM et al., 2015; ROTHER et al., 2007; VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

O início do levantamento da pesquisa foi realizado no mês de julho de 2022, por meio de consultas em publicações científicas nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), BDNF (Base de dados de Enfermagem), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e acessadas por meio da busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores aplicados, seguidos os Descritores em Ciência e Saúde (DeCS): Enfermagem, Assistência em saúde e Cuidados críticos, onde será conectado ao operador booleano “OR”, após os achados das amostras dos artigos aderi-se ao cruzamento com o operador booleano “AND”.

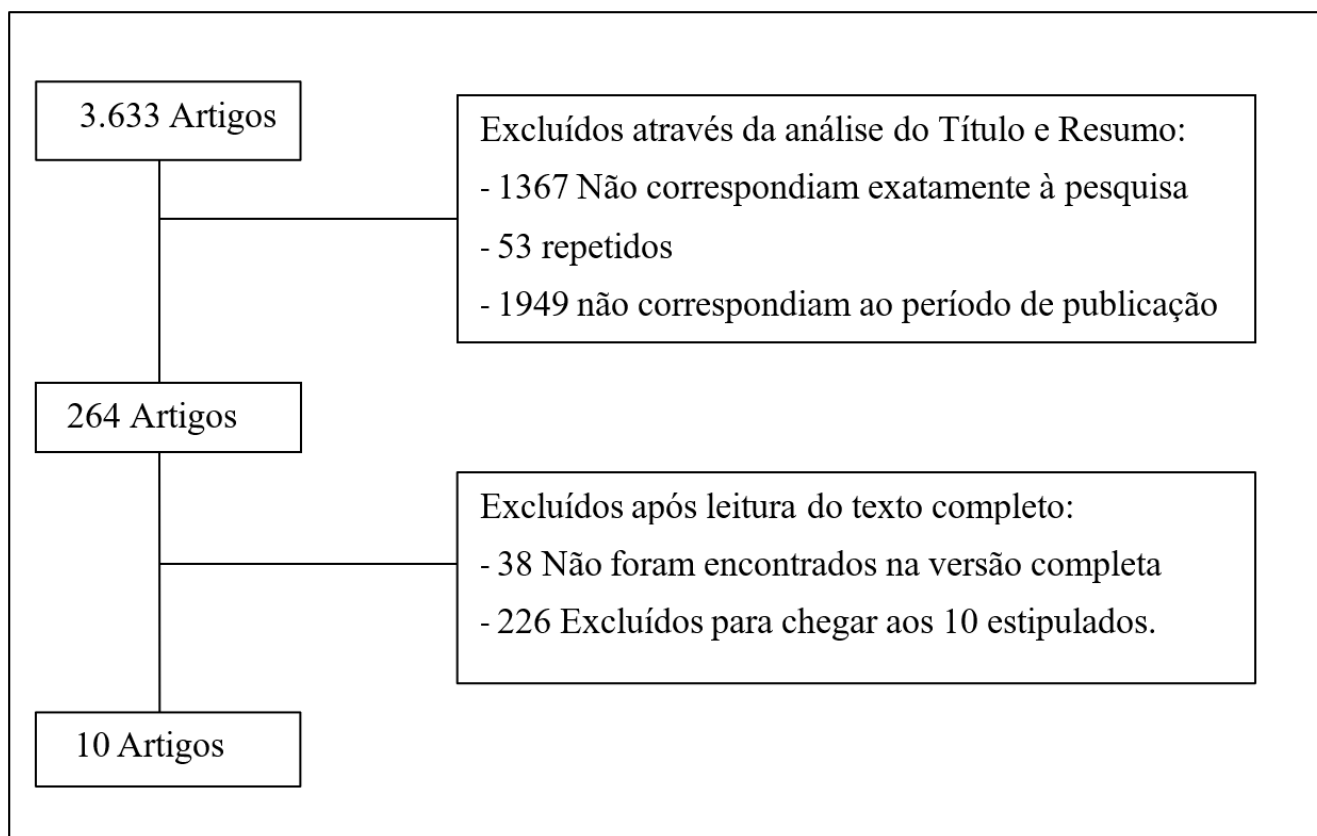
Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem a preparação do paciente, familiar e equipes de saúde em relação à alta hospitalar do paciente que esteve longo período em Unidade de Terapia Intensiva, publicações com textos completos na íntegra, entre 2015 e 2022, devido ser os anos que mais demonstraram publicações na temática de estudo e disponíveis nos idiomas português. E, os critérios de exclusão: produções incompletas, indisponíveis gratuitamente, teses, dissertações, resumos, artigos que não abordassem a temática desse estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na realização da busca utilizando a combinação dos descritores citados anteriormente, foram identificados 3.633 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, aplicando os critérios de inclusão,

mantiveram-se 264 artigos, dos quais 254 foram excluídos do estudo restando apenas 10 artigos como amostra final da pesquisa, selecionando os que de melhor forma abordava o assunto em questão.

Figura 01. Organograma dos artigos



Quadro 02. Organograma dos artigos

REFERÊNCIA	TÍTULO	DESENHO DO ESTUDO	ENFOQUE DO ESTUDO	RESULTADOS
Fontela et al., 2018	Qualidade de vida de sobreviventes de um período de internação na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática.	Revisão Sistemática	Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, em longo prazo, de sobreviventes de um período de internação na unidade de terapia intensiva por revisão sistemática.	Foram incluídos 19 coortes observacionais e 2 estudos caso-controle de 57.712 doentes críticos. O tempo de seguimento dos estudos variou de 6 meses a 6 anos, sendo a maioria dos estudos com 6 meses ou 1 ano de seguimento. A qualidade de vida relacionada com a saúde foi avaliada utilizando duas ferramentas genericas <i>EuroQol</i> e o <i>Short Form Health Survey</i> . A qualidade geral dos estudos foi baixa.
Brondani et al., 2016	Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores.	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	Identificar os desafios da Atenção Primária à Saúde e Terciária nos serviços de saúde de um município do sul do Brasil.	Os resultados foram organizados em duas categorias temáticas: Dificuldade de articulação nos serviços de saúde e o trabalho solitário.

Continuando Quadro 2

Pessini, Siqueira, 2019	Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida.	Pesquisa Qualitativa.	Atendimento mais humanizado aos pacientes de UTI e propõe reflexão bioética sobre a temática.	Foi dividido em três partes. Inicialmente apresenta-se a realidade das unidades de terapia intensiva no Brasil, baseando-se na Resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina, que disciplina o uso e os procedimentos médicos nestes setores.
Teixeira, Rosa, 2019	Ambulatório pós- unidade de terapia intensiva: é viável e efetivo? Uma revisão da literatura	Revisão de Literatura.	Compara a efetividade e viabilidade de ambulatórios pós-UTI.	Resultados mais importantes, como mortalidade e melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares, ainda não foram demonstrados.
Luiz, Caregnato, Costa, 2017	Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde.	Exploratório descritivo, qualitativo.	Compreender as percepções de familiares e profissionais de saúde sobre humanização na Unidade Terapia Intensiva (UTI) para direcionar a uma ação educativa.	As categorias emergidas foram: acolhida; comunicação; profissionalismo ético e sensível; aspectos desfavoráveis; percepção sobre humanização; e religiosidade/ espiritualidade.
Mendes et al., 2017	A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes.	Exploratório descritivo, quantitativo.	Analisar a continuidade de cuidados nas Unidades de Saúde.	Os dados indicam que 34,5% dos utentes são portadores de doenças crônicas. Destaca-se de entre estas, a diabetes (35,6%) e a HTA (33,9%), as outras doenças apresentam percentagens bastante inferiores. De salientar que 8,8% destes utentes referem ter mais de uma patologia crônica em simultâneo.
Sousa, 2015	Preparação da Alta Hospitalar do Recém Nascido Prematuro egresso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): Revisão Integrativa.	Revisão Integrativa.	Compreender como ocorre a preparação dos pais para a alta hospitalar dos recém- nascidos prematuros e a orientação para o cuidado em domicílio.	Com a pesquisa foram encontrados 26 artigos, desses 09 foram incluídos no estudo. Alguns abordaram a família da criança em UTIN e outros o trabalho da equipe com o neonato.
Tavares, Sena, Duarte, 2016	Implicações para o cuidado de enfermagem de egressos de unidade neonatal com condições crônicas.	Estudo Qualitativo.	Compreender as implicações para o cuidado de enfermagem de crianças egressas de terapia intensiva neonatal com condições crônicas.	Identificou-se que as condições crônicas determinaram a necessidade de cuidados contínuos, de complexidade variável e em maior frequência que o usual pelas crianças no domicílio, na comunidade e na rede de serviços.

Continuando Quadro 2

Pereira et al., 2017	Desfechos psicológicos em longo prazo após alta da terapia intensiva.	Estudo de coorte.	Investigar o desfecho psicológico em longo prazo em sobreviventes de doenças críticas, após alta da unidade de terapia intensiva.	Dentre 267 pacientes, 25 foram avaliados após 6 meses (idade: 62 ± 16 anos). Aos 6 meses, 48% apresentavam comprometimento cognitivo; 24% ansiedade, 16% depressão e 16% transtorno de estresse pós-traumático.
Cavalcanti et al., 2019	Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros.	Correlacional descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa.	Avaliar a percepção dos enfermeiros intensivistas acerca da adesão aos princípios dos cuidados paliativos na sua prática assistencial.	Referente à prática assistencial dos enfermeiros entrevistados foram: aliviar a dor e outros sintomas associados; garantir a qualidade da vida e do morrer; priorizar sempre o melhor interesse do paciente e, respeitar a autonomia do doente e seus representantes legais.
Robinson et al., 2018	Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras	Estudo de coorte.	Avaliar a prevalência de incapacidades físicas, cognitivas e psiquiátricas, fatores associados e sua relação com qualidade de vida em pacientes sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras.	A qualidade de vida relacionada à saúde pode ser definida como a medida da amplitude, em que o bem-estar físico, emocional e social normal ou esperado é afetado por uma condição de saúde ou seu tratamento

3.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona como uma rede que deve estar integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo o indivíduo acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde de acordo com suas necessidades específicas. Respeitando uma pirâmide de atendimento, onde a porta de entrada é o serviço primário de saúde, seguido pelos serviços secundários e terciários. Essa hierarquia é mantida porque se faz necessária para a organização segundo níveis de complexidade que se interligam e se comunicam de forma a manter o vínculo com o usuário (CALISTRO, 2014).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o setor de internação que visa beneficiar pacientes que necessitam de cuidados críticos de saúde, ou seja, estabilizando as variáveis clínicas e hemodinâmicas destes enfermos. Vale lembrar que à UTI incumbe acolher pessoas em quadro clínico crítico, mas com possibilidade de recuperação e, a equipe que ali trabalha está restrita a atender exclusivamente neste setor, assistindo o paciente por vinte e quatro horas com olhos atentos e treinados à observar mínimos detalhes de melhora ou piora, e iniciar assim que necessário os protocolos destinados a cada patologia, a fim de prolongar a expectativa de vida de cada indivíduo (PESSINI, SIQUEIRA; 2019).

Em certos países do mundo, os intensivistas e governantes demonstram-se preocupados com a quantidade e a qualidade de vida dos pacientes que sobrevivem à doença crítica aguda. O foco principal das equipes se dá na redução das taxas de mortalidade ocorridas na UTI, mas esses indivíduos podem

apresentar mortalidade a médio e longo prazo, sendo que estes números podem ser bem maiores do que no curto prazo, fato que pode ser melhorado ou agravado, de acordo com a interligação das redes de atenção à saúde (TEIXEIRA; ROSA, 2017).

No quesito paciente crítico, mas com possibilidade de recuperação, muitas inovações tecnológicas têm ajudado o atendimento dentro de uma UTI. Porém, tão importante quanto saber avaliar as taxas de mortalidade de um setor como este, é necessário avaliar o conhecimento e treinamento do pessoal que atende ali, pois estes precisam muita atenção às suas tarefas e assim, precisam ser cuidados para que não virem dados epidemiológicos de taxa de mortalidade e/ou doenças relacionadas ao trabalho (FONTELA; et al., 2018).

Uma UTI por si só é um lugar de estresse, tanto para o paciente, equipe, família ou cuidador, por ser um setor fechado onde poucos têm acesso, acaba sendo também um ambiente isolado, o paciente fica sem contato direto da família e os familiares angustiados em saber notícias do quadro do doente. O cuidado acaba, de certa forma, “mecanizado”, ou seja, a atuação dos profissionais com o paciente que não se comunica e que depende de aparelhos de alta tecnologia para manter parâmetros de estabilidade em seu quadro de saúde, por inúmeras vezes deixa o lado humanizado ficando pra depois, o que para a qualidade do serviço, se torna um ponto negativo (LUIZ; CARAGNATO; COSTA, 2017).

Cavalcanti, et. al., 2019, fala em seu estudo sobre o papel do profissional enfermeiro, que aliado aos demais da equipe multidisciplinar, é quem faz a intermediação entre equipe e família dos internados na UTI. Para tanto, é necessário desenvolver habilidades de comunicação a fim de conseguir entender a filosofia e preceitos que cada família traz e assim obter a adesão dos familiares e/ou cuidadores no processo de cuidar.

No contexto atual, com a busca pelo topo no que diz respeito à acreditação hospitalar, os administradores têm incentivado e investido na humanização do cuidado, não apenas na área de enfermagem, mas na equipe multidisciplinar que é responsável pelo atendimento de seus clientes. Um atendimento de qualidade pode minimizar sequelas, antecipar a alta e assim manter ativo o fluxo da UTI, além de melhorar também a qualidade de vida dos familiares e dos profissionais, que percebendo as melhorias passam a se apoiar e adquirem confiabilidade (FONTELA; et al., 2018).

3.2 ALTA HOSPITALAR

Aqueles que conseguem sobreviver às doenças críticas, em sua maioria, apresentam incapacidades e transtornos cognitivos, psicológicos e comprometimento funcional. Estes pacientes, na oportunidade de alta hospitalar devem ter um aparato gigantesco à sua disposição a fim de manter viáveis os seus parâmetros fora da instituição, ou seja, não se pode simplesmente dar alta ao enfermo sem entender como é sua realidade e como serão supridas suas limitações funcionais e fisiológicas (PEREIRA et. al., 2017).

Ultimamente as UTI's se empenham em aumentar a taxa de sobrevivência dos que por ali passam, contudo, o fato de sobreviver à doença crítica aguda, não representa necessariamente uma qualidade de vida plena, não só do paciente, mas também dos familiares que realizarão o cuidado domiciliar após a hospitalização. Cuidados estes, dos quais a família não tem domínio imediato, tampouco o paciente poderá auxiliá-la. (ROBINSON et. al., 2018)

Sousa (2015), discorre o processo da alta em seu estudo tratando sobre como a alta hospitalar vai além da condição fisiológica do paciente, pois precisa atender a família, e como está preparada a comunidade

que vai receber este indivíduo de volta, antes sadio e agora com necessidades especiais a serem supridas. Assim, se percebe a importância da referência e contra referência durante o processo, se o setor que vai receber souber das necessidades com antecedência, conseqüentemente poderá se preparar para melhor atender.

A continuidade do cuidado está diretamente relacionada à referência e contra referência das equipes, uma vez que as rotinas das mesmas são divergentes, é necessário que haja um entrosamento para que a tão almejada qualidade de vida seja alcançada para cada indivíduo e dentro de suas particularidades (MENDES, et. al., 2017).

Conhecer as demandas que serão necessárias para bem atender ao paciente com alta da UTI, não só trará benefícios ao enfermo, mas também a todas as outras pessoas envolvidas em seu convívio diário, sejam eles integrantes das EAB's e/ou familiares ou cuidadores. Caso contrário, nesse momento, essas pessoas podem se deparar com grandes problemas, tanto no manejo desse paciente quanto no espaço físico para comportar suas necessidades (SOUSA, 2015).

3.3 O CUIDADO DO PACIENTE CRÍTICO PÓS-ALTA, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O paciente que passa por um longo período de internação em UTI, principalmente aqueles com comprometimento neurológico, possivelmente poderá ter sequelas que o acompanhem pelo resto da vida, ou pelo menos por um bom tempo dela. Estando estes, com condições viáveis de alta hospitalar, irá ser referenciado para seu domicílio e, para isto a equipe da Atenção Primária em Saúde (APS) deverá estar apta para recebê-lo e assistir, visto que esta continuidade nos cuidados garante diminuição de custos e reinternações (MENDES et. al., 2017).

Por ser a equipe de APS, uma equipe que não estará em plantões diários ao lado do leito do paciente, a família e/ou cuidadores precisam ser envolvidos neste processo, uma vez que são estes os atores elencados ao cuidado domiciliar diário. Para isto, é fundamental envolvê-los no desenvolver das terapias, auxiliando aos profissionais terão a oportunidade de entender a importância de cada técnica utilizada e assim poderão sentir-se seguros ao manusear o paciente (SOUSA, 2015).

Teixeira; Rosa (2017) citam em seu estudo, o exemplo do Reino Unido, onde 30% das UTI's têm acompanhamento ambulatorial, e ainda trazem sobre as diretrizes britânicas onde se recomenda que os sobreviventes da UTI sejam avaliados 2 a 3 meses após sua alta com intuito de diagnosticar distúrbios motores e neuropsicológicos, assim referenciando os pacientes acometidos de algum problema para setores especializados a fim de tratá-los antes que haja piora do quadro e acabem novamente ocupando leitos de UTI.

Quando este paciente chega à comunidade em que reside, se trata de uma novidade, principalmente quando este é uma criança, então toda a equipe de APS precisa estar preparada a lidar com as inúmeras dúvidas de familiares além de preparar leito adequado, espaço ideal, com condições de manter bom asseio e cuidado do enfermo (TAVARES; SENA; DUARTE, 2016).

Tavares; Sena; Duarte (2016) trazem ainda que a continuidade do atendimento adequado está implicada no empenho dos profissionais em buscar informações para subsidiar o processo de trabalho, de forma a tornar uma união entre equipes num mesmo objetivo, que nada mais é do que o bom andamento dos serviços de saúde e, em consequência, uma melhor taxa de sobrevivência com qualidade aos usuários.

Lima et. al., (2012), para ter a integralidade da assistência, é necessária uma rede de serviços articulada com suas equipes de saúde, o que contribuirá na resolução dos problemas de saúde da população, e o olhar voltado à prática do cuidado integral e processos de trabalho que viabilizem essa proposta. É importante pensar integralmente no usuário, o que requer trabalhadores se envolvam, exigindo mudanças de atitudes para atuar de forma sistematizada e em equipe multiprofissional.

Para que haja integração intersetorial e esta seja efetiva é necessário que os profissionais pertençam a um conjunto contínuo de serviços e não a uma unidade isolada, ou seja, a equipe hospitalar deve se preocupar com o paciente/família na continuidade do tratamento após a alta hospitalar e vice-versa. Dessa forma os profissionais se sentirão integrados nos serviços de saúde tanto hospitalar quanto na atenção básica. Sendo essa relação realizada principalmente pelas guias de referência e contra referência que deveriam ser trocadas entre esses serviços de saúde, visando sempre o bem estar da população assistida (CALISTRO, 2014).

4 CONCLUSÃO

Através desse estudo observou-se o despreparo da equipe de atenção básica, seja ela ESF ou UBS em receber um paciente com tantas limitações. Algo a se levar em consideração é os meios de conseguir manter um paciente assim em seu domicílio, visto que se faz necessário ir à busca de saber como e quais as particularidades que a doença trouxe e que devem ser atendidos, após isso preparar o local que irá receber o paciente e ainda, capacitar os cuidadores que estarão em contato contínuo com o enfermo.

Percebe-se também a importância de um bom plano de alta hospitalar, que deve ser pensado desde a admissão do doente e traçado dia-a-dia em conjunto com a equipe multidisciplinar, não só da UTI como de toda instituição, a fim de qualificar o atendimento e o pós-alta, assim diminuindo o número de reinternações, o que, além disso, ainda trará uma economia significativa ao SUS e outros planos de saúde.

Um meio de planejar a alta, seria que a equipe da ESF ou UBS que vai receber o paciente, antes da alta fosse chamada ao hospital para conhecer o quadro do paciente e suas necessidades que vão além de um leito com colchão piramidal, que é o que normalmente espera este paciente em casa. É preciso saber ao certo tudo o que vai ser preciso e ter tempo hábil para providenciar isto, não adianta o paciente chegar a casa com sonda nasoentérica, por exemplo, e sem a nutrição pra infundir, pois na maioria das vezes os familiares são de poucas posses e não tem condições financeiras de providenciar de imediato e, para fornecimento gratuito se faz necessário abertura de processos burocráticos, o que pode levar alguns dias para ser disponibilizado.

Nesse sentido, evidencia-se também, a necessidade de promover mais estudo contribuirá para o conhecimento a cerca da referência e contra referência dos pacientes que permaneceram longos períodos em uma UTI e que necessitam de cuidados contínuos.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Portaria nº1208, de 18 de junho de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 02, junho de 2013.

BRONDANI, J. E. et al. Desafios da Referência e contrarreferência na Atenção em Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

BRUM, C.N. et al. Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

CALISTRO, F. C. F. **Processo de referência e contra referência na unidade de saúde parque recreio, equipe 35, município de contagem** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 30p. 2014.

CAVALCANTI, Í. M. C. et al . Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. **Rev Cuid**, Bucaramanga , v. 10, n. 1, e555, Apr. 2019.

FONTELA, P. C. et al . Qualidade de vida de sobreviventes de um período de internação na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 30, n. 4, p. 496-507, Dec. 2018.

IBES, O papel do enfermeiro no plano de alta do paciente. Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde. —IBES. 12 de junho de 2017.

LIMA, I. F. S et al. Comprehensiveness according to the perception of Family Health Unit workers. **Rev Esc Enferm USP**. 2012; 46(4): 944-52.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 5, p. 1040-1047, Oct. 2017.

MENDES, F. R. P. et al . A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 841- 853, Mar. 2017.

NASCIMENTO, J. D. do et al . A vivência do cuidado familiar em casas transitórias de apoio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 3, p. 538-545, jun. 2016.

PEREIRA, S. et al . Desfechos psicológicos em longo prazo após alta da terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 30, n. 1, p. 28-34, Mar. 2018.

PESSINI, L.; SIQUEIRA, J. E. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 27, n. 1, p. 29-37, Mar. 2019.

PNH, Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. — Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

REIS, J. F. **A implantação de alta qualificada em um hospital universitário como processo da integralidade no cuidado**. Tese Português | SES-SP, SES SP - Centro de Documentação/CCD, SES-SP, SES SP - Acervo do Centro de Documentação/CCD, SES SP - Programa de Aprimoramento Profissional, SES- SP | ID: ses-32332. São José do Rio Preto; s.n; 2015.

ROBINSON, C. C. et al . Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 30, n. 4, p. 405-413, Dec. 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007.

SOUSA, P. E. R. Preparação da Alta Hospitalar do Recém Nascido Prematuro egresso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): Revisão Integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à **Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia** como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional. Brasília —DF 2015.

TAVARES, T. S.; SENA, R. R.; DUARTE, E. D. Implicações para o cuidado de enfermagem de egressos de unidade neonatal com condições crônicas. **Rev. RENE** ; 17(5): 659-667, set.-out. 2016.

TEIXEIRA, C.; ROSA, R. G. Ambulatório pós-unidade de terapia intensiva: é viável e efetivo? Uma revisão da literatura. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 30, n. 1, p. 98-111, Mar. 2018.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.