

## Trajetórias assistenciais de usuários com COVID-19: das medidas preventivas à reabilitação

Care trajectories of COVID-19 patients: from preventive measures to rehabilitation

Trayectorias asistenciales de usuarios con el COVID-19: de las medidas preventivas a la rehabilitación

Patty Fidelis de Almeida <sup>1</sup>  
Elisete Casotti <sup>1</sup>  
Rafaela Fidelis Lima Silvério <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT163222

### Resumo

O objetivo deste trabalho é analisar as trajetórias assistenciais, relativas ao uso e acesso às redes de atenção à saúde (RAS), de usuários diagnosticados, internados e em reabilitação decorrente da COVID-19. Foi realizado estudo avaliativo, qualitativo, com base em entrevistas com usuários, no Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. As trajetórias assistenciais, a partir da análise temática, foram reconstituídas em três momentos que expressam as experiências com a rede de saúde e apoio durante a pandemia: medidas de prevenção, apoio e diagnóstico; a experiência da internação; cuidados, reabilitação e apoio pós-COVID-19. Os resultados apontam que a principal fonte de informação sobre a doença foram os telejornais; as medidas preventivas de higienização, as mais adotadas; e a família foi a principal rede de apoio. Não houve tempos de espera para internação no hospital municipal de referência. A internação foi muito bem avaliada em função do acolhimento, cuidado multiprofissional, visitas virtuais e contato diário do médico com os familiares. Identificou-se, porém, “vácuo assistencial” pós-alta, com ausência de seguimento pela atenção primária à saúde (APS) e demais serviços públicos. Foi frequente a busca espontânea por planos populares e pagamento direto para acesso aos serviços especializados no pós-COVID-19, até a implantação do serviço de reabilitação. Em síntese, trajetórias assistenciais solitárias e descontínuas de indivíduos e famílias revelam diversos desafios ao sistema de saúde, entre os quais a garantia de acesso e coordenação dos cuidados pela APS, ampliação da oferta de serviços públicos especializados e de reabilitação em redes, alinhados aos princípios do cuidado humanizado, além da manutenção das medidas de apoio social.

*Pandemia COVID-19; Trajetórias Assistenciais; Acesso aos Serviços de Saúde*

### Correspondência

P. F. Almeida  
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.  
Rua Marquês do Paraná 303, 3º andar, anexo ao Hospital  
Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ 224030-100, Brasil.  
pattyfidelis@id.uff.br

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.



## Introdução

A pandemia pelo SARS-CoV-2 representa para a América Latina e Caribe um desafio sem precedentes. Embora abrigue 8% da população mundial, a região reportou 17% dos casos de COVID-19 e 29% das mortes confirmadas, além de uma recessão econômica que se expressa na queda de 6,7% do produto interno bruto (PIB) em 2020, estimativa de perda de 39 milhões de empregos e de 20 milhões de pessoas convertidas à situação de extrema pobreza, configurando um cenário de tripla crise – sanitária, econômica e social <sup>1</sup>. No Brasil, até julho de 2022, foram registrados mais de 678 mil óbitos e 33,7 milhões de pessoas infectadas <sup>2</sup>. A ausência de ações coordenadas entre as esferas governamentais e a posição deliberada do governo nacional, aliada a atos normativos que criaram obstáculos às respostas locais e incentivaram a desinformação, explicam, em parte, a gravidade do cenário sanitário brasileiro <sup>3,4</sup>, ao qual se somam recessão econômica e aumento expressivo da pobreza <sup>5</sup>.

As formas graves da doença acometeram grupos populacionais com idade mais avançada, presença de comorbidades crônicas e alto índice de massa corporal (IMC) <sup>6,7</sup>. Entretanto, a distribuição dos casos no Brasil se mostrou muito desigual, concentrando-se duas vezes mais no quintil mais pobre da população, quando comparado ao mais rico <sup>8</sup>. Tal quadro pode ser caracterizado como uma situação de sindemia <sup>9</sup>, na qual as iniquidades sociais contribuem para o agravamento das consequências da COVID-19, como observado, por exemplo, nos estados das regiões Norte e Nordeste, que possuem estruturas de saúde mais frágeis <sup>10</sup>. Esse contingente populacional vulnerabilizado socioeconomicamente e com uma carga de doenças pré-existentes tem o sistema público como recurso de primeira ordem para os cuidados em saúde <sup>11</sup>.

Uma resposta integral a um problema sanitário da ordem da COVID-19 requer ações simultâneas e coordenadas em diferentes níveis de atenção, não havendo consenso quanto à necessidade dos sistemas de saúde proverem ações de recuperação dos efeitos da COVID longa <sup>12</sup>. No país, foi somente em dezembro de 2021 que o Ministério da Saúde aprovou mudança na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo pagamento por reabilitação de pacientes pós-COVID-19 e reabilitação funcional de pacientes pós-COVID-19, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação <sup>13</sup>. Frente ao vácuo de resposta do gestor federal, municípios e estados buscaram organizar serviços e ações para enfrentamento dos efeitos da COVID-19, entre os quais o tratamento e a reabilitação <sup>14</sup>.

As repercussões para a continuidade dos cuidados aos agravos crônicos como diabetes, hipertensão, câncer, entre outros, são sentidas de forma diferenciada durante emergências, com impacto ampliado em países de baixa e média renda, cujos sistemas de saúde apresentam maiores dificuldades para conciliar ações direcionadas a condições agudas e manutenção da prevenção e controle das doenças não transmissíveis <sup>15</sup>. No caso da COVID-19, a necessidade de testagem, rastreamento, monitoramento de casos e contatos e, posteriormente, vacinação aumentou o “estresse” dos sistemas de saúde, ocasionando medidas como a suspensão de consultas programadas, visitas presenciais na atenção primária à saúde (APS), problemas de comunicação entre autoridades sanitárias, prestadores e população em diversos cenários <sup>16,17</sup>.

Tais evidências sinalizam que, frente a emergências sanitárias, são necessários planos de contingência direcionados ao sistema de saúde de forma global – e não apenas ao agente infeccioso <sup>17</sup> – que incorporem medidas para a (re)organização das ações e serviços voltados à manutenção dos cuidados essenciais e resposta às necessidades decorrentes da situação emergencial. Nesta perspectiva, o presente artigo tem como objetivo analisar as trajetórias assistenciais, relativas ao uso e acesso aos diversos serviços das redes de atenção à saúde (RAS), de usuários diagnosticados que passaram por internação e se encontravam em processo de reabilitação decorrentes da COVID-19. Busca-se identificar barreiras que se interpõem entre usuários e sistema de saúde, estratégias adotadas, possíveis inovações e aprendizados que informem políticas, organização e práticas capazes de responder às necessidades emergentes da pandemia e das sucessivas “ondas” de contaminação e aos persistentes obstáculos às trajetórias assistenciais no SUS.

## Metodologia

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo com abordagem qualitativa para produção das trajetórias assistenciais de usuários que tiveram a experiência de diagnóstico, internação e reabilitação decorrentes da COVID-19 no Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. As trajetórias assistenciais são utilizadas para a avaliação da organização e prestação de serviços de saúde com base nas estratégias e caminhos traçados pelos usuários na busca por cuidados<sup>18</sup>. Representam práticas avaliativas que, fundamentadas nas vivências de adoecimento, permitem identificar constrangimentos, facilidades no uso e acesso às RAS e qualidade do cuidado<sup>19</sup>, o que se justifica no caso de uma condição de saúde – COVID-19 – cujos padrões de intervenção e de avaliação carecem de estudos e produção de evidências.

### Coleta de dados e participantes da pesquisa

O estudo foi realizado em Niterói, município de 515 mil habitantes, sede da Região de Saúde Metropolitana II, do Estado do Rio de Janeiro. Faz parte de uma investigação mais ampla, financiada por meio de edital público em consonância com o Plano Estratégico Municipal em sua vertente *Gestão do Cuidado e Redes de Atenção à Saúde*. Os dados foram coletados no serviço de reabilitação para pacientes pós-COVID-19, inaugurado em agosto de 2021, localizado no Hospital Municipal Oceânico Gilson Cantarino (HMON), que, no período mais agudo da pandemia, foi destinado exclusivamente ao tratamento dos casos graves da doença<sup>20</sup>. A unidade foi selecionada por ser o serviço municipal de referência para reabilitação, apresentar fluxo assistencial definido para a regulação e, no momento da coleta dos dados, concentrar usuários que haviam passado por internação.

Para a construção das trajetórias assistenciais, foram realizadas 27 entrevistas presenciais, entre setembro e dezembro de 2021. A inclusão dos participantes atendeu aos seguintes critérios: usuários diagnosticados com COVID-19, que passaram por internação e encontravam-se em processo de reabilitação – ou seja, tiveram abrangente percurso pelas RAS e, por isso, poderiam informar êxitos e desafios ao longo do continuum assistencial para a produção das trajetórias assistenciais. Uma vez que todos atendiam aos critérios para inclusão no estudo, a seleção foi baseada na conveniência; ou seja, todos os usuários em atendimento no serviço de reabilitação poderiam ser convidados a participar. Foram excluídos aqueles com quadro físico ou mental que impossibilitasse a condução da entrevista. Os participantes foram abordados na sala de espera do serviço de reabilitação e as entrevistas, conduzidas no local, em espaço amplo e adequado. Como os atendimentos eram realizados com hora marcada e o número de usuários em espera era pequeno, foi possível garantir distanciamento e privacidade aos participantes. As entrevistas foram realizadas pelas autoras e guiadas por roteiro semiestruturado, organizado de forma a prospectar dados da identificação e caracterização sociodemográfica, seguidos pelas vivências pandêmicas na interação com a rede de apoio social e de serviços de saúde, cujos componentes e dimensões estão descritos no Quadro 1. O roteiro passou por etapa de teste piloto, com realização de entrevista para ajuste de conteúdo e linguagem, não incluída na análise.

As entrevistas foram realizadas em clima de empatia e conversa interessada entre o pesquisador e o participante, sendo este um aspecto relevante na abordagem de um evento gerador de sofrimento e perdas. Buscou-se, de alguma forma, controlar a esperada interação entre pesquisador e participantes em estudos desta natureza por meio da definição prévia de dimensões e componentes de interesse em acordo aos objetivos da pesquisa, ainda que variáveis contextuais não previstas tenham sido consideradas. Como a maior parte dos usuários compareciam acompanhados (cônjuges e/ou filhos), em muitas entrevistas houve interação espontânea do familiar, cujas falas foram transcritas e incorporadas no corpus geral da análise de conteúdo, uma vez que agregavam memórias complementares à descrição da trajetórias assistenciais realizada pelo usuário. A duração média das gravações foi de 40 minutos e todos os áudios foram transcritos na íntegra. O fechamento amostral foi realizado a partir de critérios de saturação teórica<sup>21</sup>, ou seja, a suspensão de inclusão de novos participantes ocorreu quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação das pesquisadoras, uma certa repetição e convergência na produção das trajetórias assistenciais. Tal análise foi realizada de forma contínua, desde o início da coleta, tendo em vista cada um dos componentes e dimensões abordados no roteiro de entrevistas.

## Quadro 1

Dimensões e componentes para produção das trajetórias assistenciais da COVID-19.

DIMENSÕES	COMPONENTES
Medidas de prevenção, apoio e diagnóstico da COVID-19	Medidas preventivas adotadas
	Fontes de informação sobre a pandemia
	Apoio social, comunitário e familiar durante a pandemia
	Adesão às medidas de isolamento social
	Acesso ao diagnóstico da COVID-19
	Sentimentos pós-diagnóstico da COVID-19
Experiência da internação hospitalar	Acesso à internação hospitalar
	Sentimentos frente à necessidade de internação
	Avaliação do serviço de internação hospitalar
	Contato com familiares/responsáveis durante a internação
	Recebimento do relatório de alta
Cuidados, reabilitação e apoio pós-COVID-19	Identificação das sequelas e efeitos pós-COVID-19 – indivíduos e famílias
	Serviços de saúde utilizados no seguimento pós-alta
	Avaliação dos serviços de saúde para o seguimento pós-alta
	Fluxos de acesso aos serviços de reabilitação
	Avaliação do serviço de reabilitação

Fonte: elaboração própria.

### **Análise dos resultados**

Foi realizada análise temática do conteúdo das entrevistas para identificação e descrição de padrões ou temas, seguindo critérios para garantia da qualidade, como codificação completa e inclusiva de cada entrevista, seleção de excertos relevantes agrupados em temas e análise interpretativa dos dados <sup>22</sup>.

A seguir, a partir da eleição da COVID-19, buscou-se reconstituir as trajetórias assistenciais com base em três momentos que expressam as vivências e o percurso dos usuários pelas RAS: (a) medidas de prevenção, apoio e diagnóstico da COVID-19; (b) experiência da internação hospitalar; e (c) cuidados, reabilitação e apoio pós-COVID-19. Durante os três momentos, foram identificados componentes referentes às características do apoio social, acesso, integralidade, continuidade assistencial e satisfação com o cuidado recebido. O Quadro 1 apresenta as três dimensões e componentes produzidos com base em estudos sobre o tema <sup>19,23,24</sup> (e que inicialmente guiaram o roteiro de entrevistas) e emergentes dos dados empíricos, a partir dos quais foi produzida a interpretação e apresentação dos resultados.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Ciências Humanas da Universidade Federal Fluminense (parecer nº 4.456.756). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados por números, conforme ordem de realização das entrevistas, para garantia do anonimato.

## Resultados

Foram entrevistados 27 participantes, sendo a maioria composta por pessoas: acima de 60 anos (18); com renda familiar de até 2 salários mínimos (17); que recebiam algum tipo de benefício social (17); que tinham uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) como primeiro contato (14); se declararam negros ou pardos (15); e viviam com o cônjuge (17).

Oito participantes relataram ter algum plano de saúde, incluindo planos populares com pagamento de mensalidades e sistema de coparticipação em consultas ambulatoriais e exames clínicos. Em relação aos hábitos, quase a totalidade não era fumante e não fazia uso de bebida alcoólica (Tabela 1).

### **Medidas de prevenção, apoio e diagnóstico da COVID-19: dos telejornais ao apoio familiar**

As principais medidas preventivas adotadas relacionaram-se à higienização de alimentos, das roupas e do corpo. Foram frequentes os relatos de banhos e lavagem de todo o vestuário após alguma saída, assim como “banhos de álcool em gel” – medidas que ainda se mantinham. Poucos usuários referiram distribuição de máscaras e álcool em gel por unidades de saúde ou outros órgãos públicos.

A principal fonte de informação sobre COVID-19 era a televisão, principalmente os telejornais, referidos por todos os usuários. Foi muito frequente o relato de que se assistia muito à televisão, em consequência das medidas de isolamento social (Quadro 2). Um dos entrevistados apontou divergência entre as informações transmitidas por diferentes emissoras: “*Essa televisão... a Globo fala um troço, a Record fala outro. Nunca bate certo, entendeu? Ai fica naquela dúvida...*” (E9).

A informação sobre os sintomas foi considerada importante pois incentivava adoção de ações preventivas, como manter o isolamento e permanecer no domicílio. Os participantes se consideravam bem-informados sobre a COVID-19.

Os familiares mais próximos (cônjuge, filhos, netos) eram a única rede de apoio para a realização de atividades cotidianas e externas, com vistas a evitar o contato com ambientes de aglomeração como supermercados e farmácias (Quadro 2). Apenas uma usuária recebeu cestas básicas de um programa de renda municipal e a quase totalidade (26) não referiu qualquer tipo de mobilização social nos bairros para auxílio durante a pandemia. O apoio familiar foi importante também para a busca de cuidados frente ao aparecimento dos sintomas da COVID-19.

A maioria dos participantes relatou adesão às medidas de isolamento social, incluindo a interrupção das atividades físicas, de lazer e coletivas. A grande maioria não praticava exercício no momento da entrevista, porém dez participantes relataram ter interrompido a prática em decorrência da doença (Tabela 1).

Entre os 27 participantes, 17 realizaram o diagnóstico da COVID-19 em unidades hospitalares, 4 em unidades de pronto-atendimento (UPA), 4 em policlínicas de especialidades com pronto-atendimento, 1 em uma unidade básica de saúde (UBS) e 1 não conseguiu identificar a natureza do serviço.

Após o diagnóstico, 24 participantes foram transferidos para o HMON, em geral, no mesmo dia. O fato de grande parte estar na faixa etária de maior risco e relatar a presença de comorbidades aumentava a preocupação e amplificava o sofrimento psíquico. Particularmente dramático foi o relato dos casais de idosos que viviam sozinhos, quando um dos dois adoecia (Quadro 2).

### **Experiência da internação hospitalar: do medo à percepção de ser cuidado**

Não houve relatos de dificuldades para acesso à internação na unidade de referência municipal, nem espera ou peregrinação. Entretanto, após indicação de internação, o principal receio se referiu à possibilidade de intubação, associada ao medo da morte e de não ter contato com a família (Quadro 3).

Apesar do receio inicial, foi unânime a satisfação com o atendimento durante a internação, sendo destacado o acolhimento, o cuidado realizado pela equipe multiprofissional e a cortesia de todos os profissionais – da recepção à limpeza e ao corpo clínico. Mesmo sendo uma situação extrema, do ponto de vista clínico, parte expressiva das narrativas valorizou tais atributos, o que produziu sensação de segurança quanto ao tratamento (Quadro 3).

**Tabela 1**

Caracterização sociodemográfica, serviço de saúde de primeiro contato e estilo de vida dos participantes da pesquisa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Perfil social</b>		
Faixa etária (anos)		
30-39	1	3,7
40-49	1	3,7
50-59	7	25,9
60-69	7	25,9
70-79	10	37,0
+80	1	3,7
Sexo		
Masculino	15	55,6
Feminino	12	44,4
Cor autorreferida		
Branca	11	40,7
Parda	10	37,0
Preta	5	18,5
Não informou	1	3,7
Nível educacional		
Analfabetismo	1	3,7
Fundamental incompleto	5	18,5
Fundamental	7	25,9
Médio incompleto	3	11,1
Médio	8	29,6
Superior incompleto	3	11,1
Situação conjugal		
Com parceiro(a)	17	63,0
Sem parceiro(a)	10	37,0
Tem filhos		
Sim	26	96,3
Não	1	3,7
<b>Serviços de saúde</b>		
Serviço de 1º contato na RAS municipal		
PMF	14	51,9
Policlínica	6	22,2
UBS	2	7,4
Serviço de outro município	3	11,1
Sem cadastro	1	3,7
Não informado	1	3,7
Plano privado e plano popular de saúde		
Sim	8	29,6
GEAP	2	7,4
Planos populares	6	22,2

(continua)

**Tabela 1 (continuação)**

Características	n	%
<b>Perfil econômico</b>		
Rendimento mensal do lar (salários mínimos)		
Até 1	7	25,9
Até 2	10	37,0
Até 3	3	11,1
Até 4	3	11,1
Mais que 4	2	7,4
Sem rendimento	2	7,4
Provedor principal do lar		
Sim	18	66,7
Não	8	29,6
Compartilhado	1	3,7
Benefício social		
Sim	17	63,0
BPC	3	11,1
Aposentadoria	10	37,0
Auxílio emergencial	3	11,1
Outro	1	3,7
Não	10	38,5
Mudança de ocupação pós-COVID-19		
Sim	10	37,0
Não	17	63,0
<b>Hábitos</b>		
Uso de bebida alcóolica		
Sim	1	3,7
Não	25	92,6
Sem informação	1	3,7
Fumante		
Sim	3	7,7
Não	24	92,3
Prática de atividade física		
Sim	5	18,5
Não	22	81,5
Interrompeu após COVID-19	10	37,0

BPC: Benefício de Prestação Continuada; PMF: Programa Médicos de Família; RAS: redes de atenção à saúde;

UBS: unidade básica de saúde.

Fonte: elaboração própria, com base nas entrevistas.

As avaliações positivas sobre o cuidado prestado no HMON tinham como parâmetro comparativo serviços privados e a percepção de que tal padrão não se repetia em outras unidades públicas de saúde (Quadro 3).

Outra ação muito valorizada se referiu ao processo sistemático de comunicação com os familiares. Todos os entrevistados relataram realização, por meio de plataforma de videoconferência, de visitas virtuais à beira leito, coordenadas pela assistente social e psicóloga. Este contato foi de grande valor não apenas para o paciente, alguns dos quais se emocionavam ao relatá-los, mas também para os familiares que ficavam em casa, muitos também idosos, em isolamento social (Quadro 3).

Além das visitas virtuais, os médicos telefonavam para o familiar responsável para informar sobre o estado de saúde ou tratamento. A comunicação “sincera” por parte dos médicos foi valorizada por participantes e familiares. O familiar de referência tinha o contato dos profissionais e poderia solicitar informações complementares (Quadro 3).

**Quadro 2**

Falas expressivas segundo os componentes de análise da dimensão: *Medidas de Prevenção, Apoio e Diagnóstico da COVID-19*. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

COMPONENTES	FALAS EXPRESSIVAS
Medidas preventivas adotadas	"Evitava sair, usava máscara, álcool gel, tomava banho depois de voltar do mercado" (E17) "Lavo todos os legumes, frutas, as garrafas de refrigerante, de suco. É tudo lavado. Dá uma trabalhadeira danada!" (E25)
Fontes de informação sobre a pandemia	"Eu me baseei muito nos telejornais, porque se a gente fosse na questão da rede social, da famosa internet, é muito fake, muitas coisas que criam. Ai começam a falar que o chuchu cura [risos]! Começam a falar essas coisas que não são... Eu comecei [a] me basear mesmo na questão dos telejornais, das fontes confiáveis e do site da prefeitura" (E1) "Eu via muito na televisão como é que estava a situação dos hospitais, internamento, como que estavam as coisas. Eu acompanhava direto. Por isso mesmo que não saía de casa, pedia as coisas no mercado para entregar em casa. Eu gosto muito de ver televisão, de manhã já ligo, dá vontade de ver uma hora, à noite também eu assisto. Mesmo sem ter muito estudo, eu gosto de ficar sabendo das coisas porque a gente tem que ter atenção de como são as coisas" (E5)
Apoio social, comunitário e familiar durante a pandemia	"Não. O médico de família foi lá em casa uma vez levando sacola de álcool gel só uma vez mesmo. Mas bem no início da pandemia, bem no início. Levando álcool gel, sabão. Não teve mais nada" (E7)
Adesão às medidas de isolamento social	"A gente não fez nada no Natal do ano passado. A gente, geralmente, final de semana, fazia um churrasco com uma mesa de quatro metros e meio, onde a gente ficava todo mundo reunido no churrasco. Só família. A gente não fez isso. Eles gostavam de brincar de bingo; família, né? A minha mãe, as minhas tias. A gente parou porque não podia ficar junto" (E17) "Mas o principal fato para mim, foi o afastamento social, de você tá impedido de estar com outras pessoas. Isso daí machucou bastante. Que aí você vê a sua família também se afastar, você vê o seu filho que estudava..." (E1)
Acesso ao diagnóstico da COVID-19	"Fiz o diagnóstico direto no [hospital municipal] porque o posto da família lá praticamente não tem nada, o recurso é muito pouco..." (E11)
Sentimentos pós-diagnóstico da COVID-19	"Ih, caramba, eu sou diabético, eu sou infartado, isso daí vai me prejudicar... Ai lembrava das pessoas que já tinham morrido. Foi terrível. Tanto que, até hoje, eu sinto medo ainda. Ai começaram a falar dessa tal da delta, né?" (E18) "Meu marido caiu de cama, depressão, achava que eu ia morrer, que não ia voltar. Até por causa das notícias que a gente recebe todo dia na televisão" (E21)

Fonte: elaboração própria, com base nas entrevistas.

Outro aspecto valorizado foi a entrega do relatório pós-alta, que continha o histórico da internação e plano de cuidados a serem iniciados ou seguidos em outros pontos da RAS (Quadro 3).

Em função da qualidade do atendimento, alguns entrevistados sugeriram a manutenção da unidade hospitalar para todo tipo de assistência, na defesa de que a população deveria continuar a ter acesso ao cuidado humanizado: "Isso daqui não precisa ser só para COVID, mas que seja para outras coisas que o povo precisar" (E19).

### **Cuidados, reabilitação e apoio pós-COVID-19: e a vida continua**

Muitas foram as sequelas relatadas pós-internação, sendo as mais frequentes: fraqueza generalizada, sobretudo nas pernas; cansaço; falta de equilíbrio e de apetite; inchaço nas pernas; tosse persistente; problemas cardíacos e respiratórios; diarreia; e dificuldades para dormir (Quadro 4).

Um aspecto associado ao pós-alta refere-se à sobrecarga dos familiares. As sequelas pós-COVID-19 exigiam mais cuidados por parte dos responsáveis, que se sentiam esgotados e, ao mesmo tempo, deixavam em segundo plano o cuidado de si. As sequelas aumentavam o sofrimento psíquico dos pacientes pelas limitações físicas e pela sobrecarga causada aos familiares (Quadro 4).

**Quadro 3**

Falas expressivas segundo os componentes de análise da dimensão: *Experiência da Internação Hospitalar* da COVID-19. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

COMPONENTES	FALAS EXPRESSIVAS
Acesso à internação hospitalar	<i>"Fui ao [hospital municipal] para investigar a questão do rim, aí lá fiz o exame e detectou a COVID. Aí a transferência para cá [hospital municipal de referência] foi no mesmo dia" (E17)</i>
Sentimentos frente à necessidade de internação	<i>"Ela [a médica]: 'vou internar ela agora'. Aí eu comecei a chorar dizendo: 'ai, não quero ser intubada, que minha sobrinha morreu', aí eu falei: 'não quero ser intubada'. A médica disse: 'não tem como'. Aí me internou" (E2)</i> <i>"Ó, nós falamos assim, não sei se porque somos evangélicos, a gente é muito preparado para morte, sabe? Então, falei assim: 'se eu não sobreviver [à COVID-19], não tem importância, só não queria ser intubada" (E25)</i>
Avaliação do serviço de internação hospitalar	<i>"Tinha horas até que eu ficava assim... me perguntando. Como as pessoas aqui são legais, tratamento é respeitoso, carinhoso, atencioso; todo mundo: desde o rapaz da limpeza que vinha tirar o lixo até as enfermeiras" (E18)</i> <i>"Cheguei aqui em estado grave estável, mas passei para gravíssimo porque tem um período da doença que piora, né? É o olho do furacão, que eles chamam. Mas eu fui tratada muito bem, a equipe é maravilhosa, de fisioterapia, de médicos... [É] que aqui, realmente, eles batalham para salvar mesmo, entendeu? Me senti muito segura. Com medo? Sim. Mas eu me senti segura" (E21)</i> <i>"Olha, se tivesse que dar uma nota de 0 a 10, eu daria 10, daria 1.000. Todos os dias, os médicos vinham, os enfermeiros, todos eles muito bons. Eu fiquei com muito medo. COVID, né? E eu tenho diabetes, tenho também pressão alta. Isso dificultou um pouco no meu tratamento. Mas, mesmo assim, eles tiveram o tempo todo aquela paciência, aquele carinho. Fui muito bem tratada, não tenho o que dizer..." (E23)</i> <i>"Para mim o hospital foi 10, o pessoal... Falei para ela: 'se tiver nota 1.000, você bota', porque desde a pessoa que fazia a conservação do quarto até os médicos. Eu falei, aqui parece um hospital particular porque eu tô acostumada a acompanhar, eu tenho plano, então eu sei como é o tratamento!" (E15)</i> <i>"A impressão que a gente tem aqui [é] que eles fizeram um curso de amor. Amor a gente sabe que não tem curso. Você não vê ninguém trabalhando de cara feia, parece que os problemas delas ficam aqui fora. No CTI também médico, enfermeira, técnica, muito boas. Eu saí daqui: 'ah, será que eu tô no [hospital privado]?' Meu marido também: 'puxa, que atendimento!' (...) Aqui é uma exceção, que aqui seria nota 20 [risos] ou 100. Eu nunca vi um lugar da prefeitura ser assim, sinceramente" (E25)</i>
Contato com familiares/responsáveis durante a internação	<i>"Visita virtual. A psicóloga fazia as ligações de vídeo. Primeiro, conversava com a gente para saber se a gente estava bem emocionalmente para fazer esse contato, se a gente tinha vontade de fazer esse contato. Tem pessoas que se isolam, não gosta que veja[m] assim, com a cânula de respirador, essas coisas... E todos os dias tinha ligação de vídeo. Aí eu sabia notícias... Podia passar também para eles um pouco de confiança [de] que eu estava sendo bem cuidada e tal. Aí deu um equilíbrio" (E21)</i> <i>"O médico todo dia – isso daí não tem o que reclamar – ligava para dar informação para gente, perguntar se a gente tinha alguma dúvida, passava o quadro do paciente. Sempre muito informado" (E17)</i> <i>"Eu fiquei contente pela atenção do hospital. O momento foi triste, mas eu fiquei agradecida ao hospital por ter mostrado o que estava acontecendo. Foram bem sinceros com o que estava acontecendo" (filha da E23)</i> <i>"Porque eles deixavam o contato daqui também, então a qualquer momento que a gente precisava, entrava em contato, tinha acesso à assistente social. Então a gente conseguia o contato com os profissionais daqui" (neta do E12)</i>
Recebimento do relatório de alta	<i>"Tem uma lista que eles dão na alta e o médico também recomenda o que tem que fazer. No meu caso, cardiologista e nefrologista" (E22)</i>

CTI: centro de terapia intensiva.

Fonte: elaboração própria, com base nas entrevistas.

Enquanto o acesso à internação transcorreu sem barreiras e com qualidade, o seguimento pós-alta foi considerado insuficiente/inexistente por todos os entrevistados, pela dificuldade em obtê-lo na rede pública, seja para os novos problemas e necessidade de reabilitação, seja para o acompanhamento das comorbidades pré-existentes (Quadro 4).

Expressivos foram os relatos de automedicação e busca por consultas e exames complementares pós-alta, em função da indicação do relatório médico, mas também por conta própria, por receio de sequelas da doença. Muitos usuários referiram ter utilizado serviços privados para consultas

#### Quadro 4

Falas expressivas segundo os componentes de análise da dimensão: *Cuidados, Reabilitação e Apoio pós-COVID-19*. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

COMPONENTES	FALAS EXPRESSIVAS
Identificação das sequelas e efeitos pós-COVID-19 – indivíduos e famílias	<p>"No momento eu não tô podendo nem caminhar direito por causa dessas pernas inchadas. Tô andando devagar. Não tô podendo nem caminhar direito" (E22)</p> <p>"Você é um cara que trabalhava, independente, agora eu dependendo dela [esposa] praticamente para tudo na vida. Minha vida virou de cabeça para baixo. Não consigo mais fazer nada sozinho. Sempre gostei de fazer tudo. Hoje em dia, eu não faço mais nada" (E11)</p> <p>"Então, eu falo para você, eu não ia morrer da COVID, eu ia morrer de tristeza... Primeiro que eu comecei a me sentir um estorvo dentro de casa, atrapalhando a minha família em tudo. Depois o abandono social que a gente começa a sentir. Então, eu ia morrer de tristeza, de depressão, entendeu? Porque é uma doença que mexe em tudo. Se fosse só no físico, tudo bem, mas o emocional... toda a estrutura física fica abalada..." (E1)</p>
Serviços de saúde utilizados no seguimento pós-alta	<p>"E quando você bate numa porta é: 'não'. Bate em outra: 'não'. Aí começa a bater o desespero... Eu saí daqui num dia [internação], no dia seguinte eu gastei mais de R\$ 700 de remédio. Aí depois eu tive que fazer alguns exames e mais remédio, em tudo deu quase R\$ 3.000. Quer dizer, para mim que sou aposentado, foi um dinheiro que tive que pegar com um, com outro" (E1)</p> <p>"Aí fica uma misturada que tem uma parte [no] particular, uma parte do SUS. A gente tem pressa, né? A gente não pode ficar dependendo só do SUS" (E11)</p> <p>"Quando me ligaram [da reabilitação], ah... não pensei duas vezes! Tô tomando um remédio lá por conta própria, o Venafon, que a médica passou por causa da minha inflamação [em outra situação]. Aí como é para circulação... Teve uma senhora que teve trombose, e tá tomando esse remédio. E como é para circulação, eu continuo tomando, de oito em oito horas. E o AAS, que dizem que é para afinar o sangue, dia sim, dia não, eu tomo unzinho também" (E27)</p> <p>"Quando chegou no final [alta pós-internação] o médico [disse]: 'já vai embora, o pulmão dele já tá quase normal, vai acabar de fazer o tratamento em casa'. Aí eu já levei ele no Cartão de Todos. Já fui, não deixei em casa, não. Marquei e já fui para ele já ir fazendo o tratamento com pneumologista. Quando aqui ligou [serviço de reabilitação], ele já tinha feito um bocado de tratamento..." (esposa do E12)</p> <p>"A chapa paga R\$ 50. O eletro acho que é R\$ 65. Exame de sangue total, eles fazem pacote: HIV, COVID... se precisar faz o pacote, dá R\$ 112. Aí faz todos os exames de uma vez só. Igual, assim, para mulher, [que] tem outubro rosa, aí faz aquele check-up da mulher. Aí tem ginecologista, tem negócio de mama. Mas isso é mais de ano em ano" (E9)</p>
Avaliação dos serviços de saúde para o seguimento pós-alta	<p>"Aí eu pensei até que ele [médico da ESF] ia me encaminhar para ortopedista, fisioterapeuta, só que eu não consegui vaga. Muita gente. Aí eu nem fiz. Fiz uns exercícios, mais ou menos, em casa..." (E27)</p> <p>"E foi aqui através do tratamento de fisioterapia, fonoaudiólogo, atendimento médico, clínico geral, fono, que eu comecei de novo a andar, que eu comecei de novo a me estabelecer. Mas digo para você que se não tivesse aberto aqui, até hoje eu estaria sem esses tratamentos, porque os postos de saúde falam que não estão preparados para cuidar de pós-COVID" (E1)</p>
Fluxos de acesso aos serviços de reabilitação	<p>"É difícil de você buscar um atendimento para você ser encaminhado para cá [reabilitação]. É difícil. Quando eu soube que ia abrir, falei: 'poxa, vamos lá!', 'ah, a gente vai bater aqui e quem que vai te [aceitar]... você não foi internado lá, como é que vão te aceitar lá? Você não tem como" (E11)</p>
Avaliação do serviço de reabilitação	<p>"É, não saio mais. Agora vai se transformar em clínica também. Vou ficar direto aqui. Até perguntaram se eu ia botar uma cama aqui para ficar aqui. Todo dia eu tô aqui [risos]" (E13).</p> <p>"Aqui tem o clínico, aqui tem tudo. Ele tá aqui, o paciente tá passando pelo clínico, pela fisioterapia, pela nutricionista, a fono; curativo [por]que ele tá com um machucado que deu um calo no pé dele, mas isso ele já tinha" (esposa do E12)</p>

AAS: ácido acetilsalicílico; ESF: Estratégia Saúde da Família; SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaboração própria, com base nas entrevistas.

com pneumologista e para realização de exames de imagem, alegando os longos tempos de espera no SUS (Quadro 4).

Dos 27 entrevistados, somente 14 relataram ser adscritos a equipes da ESF, porém com muita indefinição quanto a reconhecê-las como serviço de uso regular. Os planos populares foram referidos por usuários e familiares. As dificuldades de acesso à rede pública, tanto para consultas na APS, quanto para procedimentos especializados, foram os principais motivos, mesmo antes da pandemia, para garantir acompanhamento regular e realização de *check-up*. A necessidade de copagamentos, além da mensalidade dos planos populares, fez com que alguns usuários considerassem mais vantajoso pesquisar e pagar pelos procedimentos em serviços privados (Quadro 4).

Havia uma sensação de “vácuo assistencial” pós-alta, até a abertura do serviço de reabilitação no HMON, em agosto de 2021. Segundo alguns usuários, os profissionais de saúde (APS e policlínicas) relatavam não ter preparo para tratar efeitos do pós-COVID-19 (Quadro 4).

A grande maioria dos entrevistados foi contactado pelo próprio hospital para avaliação da necessidade de reabilitação, pois haviam passado por internação na unidade. Outras formas de acesso foram relatadas: busca direta de usuários que ficaram sabendo do serviço e fizeram contato diretamente e casos de encaminhamento por unidade de APS ou policlínica, via contato pessoal com funcionário do hospital. Um dos usuários avaliou que, para quem não passou por internação no HMON, o acesso à reabilitação seria mais difícil, pois o fluxo de referência não era conhecido e os demais serviços das RAS ainda não realizavam o encaminhamento.

Assim como no caso da internação, as avaliações sobre a reabilitação eram bastante positivas. A implantação do serviço deu respostas às dificuldades para a busca de cuidados nas RAS e, segundo os relatos, manteve o padrão de qualidade e humanização da internação. Os entrevistados valorizavam a consulta com o clínico geral para uma avaliação global e, na sequência, atendimento por equipe multiprofissional, que incluía fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta. Pelas dificuldades de acesso aos cuidados pós-COVID-19 na rede pública, havia expectativa de que o serviço de reabilitação absorvesse todas as demandas em saúde (Quadro 4).

## Discussão

Neste estudo, a utilização de uma condição nova e desafiadora – a COVID-19 – amplificou o olhar sobre os pontos de limitações nas trajetórias assistenciais, imprimindo um sentido de urgência na direção da garantia de acesso e integração dos cuidados em saúde <sup>1</sup>.

A maioria dos participantes eram idosos com comorbidades, grupo mais suscetível a formas mais graves da doença e às desigualdades econômicas, raciais e de gênero, que incidem nas experiências de envelhecimento <sup>25,26</sup>. Ainda assim, poucos foram os relatos de acompanhamento longitudinal por algum serviço do SUS durante o período pandêmico, bem como redes de apoio, sendo a família o único ponto de suporte.

Nas trajetórias assistenciais identificou-se a higiene das mãos entre as principais medidas de prevenção à COVID-19, prática com maior adesão no país, segundo outros estudos, principalmente entre os mais idosos <sup>27</sup>. Embora o uso de máscaras tenha sido considerado importante, destacou-se a menção à lavagem e higienização dos alimentos, das roupas e corpos, medidas veiculadas com maior ênfase nos momentos iniciais da pandemia.

Enquanto maior atenção é dada às mídias sociais, os achados deste estudo revelaram a centralidade dos veículos televisivos como principal dispositivo de acesso às informações sobre COVID-19, com destaque para os telejornais, que parecem ter ampla capilaridade entre a população idosa, como encontrado neste estudo. A necessária ocupação das mídias tradicionais pelas autoridades sanitárias constitui uma lição aprendida, a ser mais bem compreendida no que se refere à forma, dosagem da exposição e conteúdo <sup>28</sup>.

Os resultados indicam que, em relação aos diagnósticos de COVID-19, a maioria foi realizada em unidades hospitalares do SUS, sem relatos importantes de dificuldade de acesso. Contudo, cabe ressaltar que os participantes passaram por internação hospitalar, indicando casos mais graves se comparados à população geral que buscou testagem em diversos tipos de serviços, públicos e privados <sup>29</sup>.

Em que pese a insuficiência de leitos, principalmente para cuidados intensivos à COVID-19, em diversos cenários<sup>30,31</sup>, nas trajetórias assistenciais não foram identificadas dificuldades de vaga para internação em função da criação de unidade própria municipal de referência. Ainda assim, este achado deve ser analisado com cautela, uma vez que os participantes foram recrutados no serviço de reabilitação que funciona no próprio hospital.

Os sentimentos iniciais relativos ao medo da internação e intubação foram amenizados por características do cuidado na unidade hospitalar, com avaliações positivas contundentes, alusivas a todos os trabalhadores. Além da estrutura física, cordialidade e respeito contribuem para a percepção de acolhimento e são valorados por pacientes que passaram por tratamento relacionado à COVID-19<sup>32</sup>, como também pôde ser constatado neste estudo. Ainda assim, o padrão de excelência para fins de comparação foram unidades hospitalares privadas com grande repercussão midiática – por serem serviços de busca regular de autoridades públicas, corroborando a identificação dos serviços do SUS como de baixa qualidade.

O adoecimento pela COVID-19 evoca a experiência de corpos tóxicos e perigosos pela necessidade de isolamento e negação de visitas durante a internação<sup>33</sup>. Entre os usuários internados no Estado do Rio de Janeiro, 64,7% reportaram ter recebido notícias ou algum contato com a família<sup>32</sup>. Neste estudo, as visitas virtuais à beira-leito foram confirmadas por todos os participantes, sendo este mais um aspecto considerado relevante para a alta satisfação com o serviço hospitalar. Ter acesso a informações claras se relaciona à maior percepção de segurança e satisfação com o tratamento<sup>34</sup>. Assim, tanto os contatos telefônicos quanto visitas virtuais são tecnologias “leve-duras” que deveriam ser adotadas de forma ampla, uma vez que distâncias, gastos com transporte, falta de tempo são fatores que podem dificultar o acompanhamento de usuários internados.

A institucionalização do relatório pós-alta com o plano terapêutico é outro aspecto que colabora para a continuidade dos cuidados e para evitar reinternações<sup>35</sup>, embora, neste estudo, não tenha ocorrido seguimento pelos demais serviços da rede.

No terceiro momento das trajetórias assistenciais, representado pelas necessidades pós-alta, expressaram-se as maiores dificuldades de uso e acesso aos serviços de saúde. As transições entre ambientes de cuidados podem ser disruptivas para pacientes e familiares, com efeitos negativos em diferentes âmbitos da vida, sobretudo em idosos acometidos pelos efeitos pós-COVID-19<sup>36</sup>. A COVID longa é uma condição complexa, de natureza, frequência e etiologia ainda indefinidas<sup>37</sup>. Nesse sentido, para além da definição do manejo, reabilitação e estudos clínicos para melhoria dos resultados a longo prazo<sup>37</sup>, são necessárias investigações que aprofundem a experiência de uso dos serviços de saúde em decorrência das sequelas da COVID-19, principalmente na perspectiva dos usuários.

O cuidado à saúde física e mental das pessoas acometidas pela COVID-19 e seus familiares seguirá como um desafio aos serviços de saúde<sup>38</sup> pela postergação com os cuidados regulares, intensificada pelo isolamento social. No Brasil, estudos mostram que indivíduos com multimorbidade saíram menos de casa, com possíveis efeitos na agudização de problemas crônicos<sup>25</sup>. A necessidade de intensificação das ações de vigilância no território, com um olhar especial para o paciente pós-COVID-19 e seu núcleo familiar, exigirá mais do que nunca os enfoques familiar e comunitário da ESF, enfraquecidos pelas novas diretrizes e financiamento da política nacional<sup>39</sup>, que privilegiam, por exemplo, outros modelos de conformação de equipes de APS mais focados em intervenções clínico-individuais.

Neste estudo, prevaleceu a percepção de “vácuo assistencial” pós-alta. A experiência de abandono entre a alta hospitalar e o início da reabilitação representou uma ruptura nas trajetórias assistenciais. A retaguarda dos serviços de APS e especializados do SUS se mostrou ausente ou inacessível, incapaz de atender às demandas por reabilitação e às condições pré-existentes. Frente às lacunas da rede pública, abre-se mais um nicho para ocupação dos serviços privados de saúde no seguimento dos planos populares ou “cartões de desconto”, não regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>40</sup>. Parte dos usuários e familiares buscaram, de forma autônoma e sem qualquer garantia de qualidade, consultas especializadas para tratar novos e velhos problemas de saúde, amplificando a construção de trajetórias assistenciais solitárias, fragmentadas e privatizadas.

As narrativas apontaram sobrevalorização da atenção hospitalar e especializada como modelo ideal de acompanhamento regular dos problemas em saúde, percepção essa que pode ter sido exacerbada pela ênfase nos cuidados hospitalares como principal estratégia de enfrentamento da COVID-19<sup>41,42</sup>. Nessa mesma direção, a necessidade de identificar e tratar sequelas parece ter

ampliado a confiança em especialistas focais. Em sentido oposto, a rede pública se mostrou pouco permeável às demandas pós-internação, o que, no caso estudado, expressou-se pela dificuldade de acesso às APS e pelos longos tempos de espera para a atenção especializada.

Tais resultados expressam a necessidade premente de fortalecer a APS. Estudos mostram que entre usuários com acessibilidade ao generalista durante a pandemia, mesmo por meio remoto, havia percepção de continuidade dos cuidados<sup>17</sup>. As experiências de confiança e familiaridade parecem ser determinantes na decisão de optar pelo cuidado regular junto ao médico de família ao invés de buscar tratamento com especialistas desconhecidos<sup>17</sup>. Nesse sentido, a pandemia de COVID-19 reforça a necessidade de cuidados primários de qualidade, e não o contrário. Segundo a Comissão de Saúde Global do jornal *The Lancet*<sup>43</sup>, o financiamento público, elemento-chave dos sistemas de saúde, é insuficiente e alimenta o ciclo vicioso que mina a credibilidade e qualidade da APS e incentiva a busca por alternativas assistenciais.

Como limitações do estudo, a grande maioria dos participantes foi captada no serviço de internação, no qual passavam pela reabilitação. Logo, são experiências que podem não refletir a situação encontrada entre usuários internados em outras unidades hospitalares ou que ficaram com sequelas sem ter tido necessidade de internação. Além disso, a perspectiva de gestores e profissionais não foi considerada. Ainda assim, trata-se de estudo inédito que reconstrói as trajetórias assistenciais de usuários e familiares que passaram por intensas e extensas experiências decorrentes da COVID-19 e que permitem tecer análises acerca de características do funcionamento do sistema local de saúde. Para futuras investigações, indica-se a necessária produção de um modelo lógico para planejamento e avaliação das ações de prevenção, apoio social, tratamento e reabilitação da COVID-19, ancorado em fontes de informação diversas e validado.

## Considerações finais

As trajetórias assistenciais, solitárias e descontínuas, revelam diversas barreiras para o cuidado de indivíduos e famílias, que representam campos passíveis de intervenção e aperfeiçoamento para a gestão deste e outros sistemas locais de saúde, tanto no que se refere à organização quanto às práticas. Nesta perspectiva, destacam-se as necessidades: (a) de ampliação das estruturas de apoio social para minimizar a sobrecarga das famílias; (b) de comunicação em saúde protagonizada pelas autoridades sanitárias em mídias diversas; e (c) de medidas para retomada dos cuidados às condições pré-existent à COVID-19 e para o enfrentamento das fragilidades da APS, de forma que esta possa cumprir a missão de primeiro contato acessível e de coordenadora do cuidado, apoiada por serviços públicos especializados e de reabilitação em redes, alinhados aos princípios do cuidado humanizado. A percepção de “vácuo assistencial” no pós-alta teve como um de seus efeitos a busca por serviços na iniciativa privada, o que compromete os orçamentos familiares, amplifica a fragmentação e a procura direta por especialistas focais.

Entre os pontos positivos, destacou-se a percepção de qualidade do atendimento hospitalar e de reabilitação relacionada, principalmente, à natureza do vínculo e acolhimento. Esse achado é muito significativo pois está inscrito em uma situação na qual os profissionais estavam submetidos à sobrecarga de trabalho e alta tensão cotidiana, o que não impediu que usuário e familiares fossem o centro do cuidado, com auxílio de tecnologias mediadoras da comunicação, resultando em satisfação, respeito, confiança e segurança em torno do tratamento.

A identificação e o cuidado com as sequelas pós-COVID-19 são desafios globais e impactam de forma multidimensional a vida de quem sobreviveu e de sua rede de suporte. Além de serviços de saúde que ofereçam acompanhamento integral, familiar e comunitário, ações intersetoriais devem ser implementadas, incluindo estratégias na área da saúde mental, física e de lazer, além da manutenção de políticas de transferência de renda para garantia de condições de subsistência.

## Colaboradores

P. F. Almeida contribuiu com a concepção do estudo, obtenção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. E. Casotti contribuiu com a obtenção dos dados, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica; e aprovou a versão final. R. F. L. Silvério participou da obtenção dos dados e da análise e interpretação dos resultados; e aprovou a versão final.

## Informações adicionais

ORCID: Patty Fidelis de Almeida (0000-0003-1676-3574); Elisete Casotti (0000-0003-3015-6842); Rafaela Fidelis Lima Silvério (0000-0002-3239-9891).

## Agradecimentos

À Prefeitura Municipal de Niterói, em parceria com a Universidade Federal Fluminense, pelo financiamento do estudo por meio do Edital do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados (PDPA). Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio a P. F. Almeida por meio da bolsa de produtividade em pesquisa (PQ).

## Referências

1. Savedoff WD, Bernal P, Distrutti M, Goyeneche L, Bernal C. Going beyond normal challenges for health and healthcare in Latin America and the Caribbean exposed by Covid-19. Washington DC: Inter-American Development Bank; 2022. (Technical Note, IDB-TN-2471).
2. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. <https://COVID.saude.gov.br/> (acessado em 29/Jul/2022).
3. The Lancet. COVID-19 in Brazil: "so what?". *Lancet* 2020; 395:1461.
4. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário; CONECTAS Direitos Humanos. Direitos na pandemia, mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2021. (Boletim, 10).
5. Carvalho AR, Souza LR, Gonçalves SL, Almeida ERF. Social vulnerability and health crisis in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00071721.
6. Oshakbayev K, Zhankalova Z, Gazaliyeva M, Mustafin K, Bedelbayeva G, Dukenbayeva B, et al. Association between COVID-19 morbidity, mortality, and gross domestic product, overweight/obesity, non-communicable diseases, vaccination rate: a cross-sectional study. *J Infect Public Health* 2022; 15:255-60.
7. Mesenburg MA, Hallal PC, Menezes AMP, Barros AJD, Horta BL, Barros FC, et al. Chronic non-communicable diseases and COVID-19: EPICOVID-19 Brazil results. *Rev Saúde Pública* 2021; 55:38.
8. Hallal PC, Hartwig FP, Horta BL, Silveira MF, Struchiner CJ, Vidaletti LP, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *Lancet Glob Health* 2020; 8:1390-8.
9. Bispo Júnior JP, Santos DB. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00119021.
10. Macinko J, Wooley NO, Seixas BV, Andrade FB, Lima-Costa MF. Procura por atendimento médico devido a sintomas relacionados à COVID-19 e cancelamento de consultas médicas em função da epidemia entre adultos brasileiros mais velhos: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 3:e00181920.
11. Palmeira NC, Moro JP, Getulino FA, Vieira YP, Soares Junior AO, Saes MO. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiol Serv Saúde* 2022; 31:e2022966.
12. Miranda RAR, Ostolin TLVP. Mapa de evidências sobre sequelas e reabilitação pós-Covid-19: relatório completo. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022.

13. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.872, de 23 de dezembro de 2021. Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2021; 29 dez.
14. Carvalho ALB, Rocha E, Sampaio RF, Ouverney ALM. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? *Saúde Debate* 2022; 46(spe 1):62-77.
15. Slama S, Kim HJ, Roglic G, Boulle P, Hering H, Varghese C, et al. Care of non-communicable diseases in emergencies. *Lancet* 2017; 389:326-30.
16. Bullen C, McCormack J, Calder A, Parag V, Subramaniam K, Majumdar A, et al. The impact of COVID-19 on the care of people living with noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: an online survey of physicians and pharmacists in nine countries. *Prim Health Care Res Dev* 2021; 14:e30.
17. Deml MJ, Minnema J, Dubois J, Senn O, Streit S, Rachamin Y, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the continuity of care for at-risk patients in Swiss primary care settings: a mixed-methods study. *Soc Sci Med* 2022; 298:114858.
18. Wang J, Liu S, Bao Z, Gao M, Peng Y, Huang Y, et al. Patients' experiences across the trajectory of atrial fibrillation: a qualitative systematic review. *Health Expect* 2022; 25:869-84.
19. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00004119.
20. Prefeitura Municipal de Niterói. Niterói inaugura primeiro Centro de Reabilitação Pós-Covid no Hospital Municipal Oceânico. <http://www.niteroi.rj.gov.br/2021/08/24/niteroi-inaugura-primeiro-centro-de-reabilitacao-pos-covid-no-hospital-municipal-oceânico/> (acessado em 02/Ago/2022).
21. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Nova York: Aldine de Gruyter; 1967.
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3:77-101.
23. Raupp LM, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ, Saldanha OMFL, Santos MV, et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis (Rio J.)* 2015; 25:615-34.
24. Fausto MCR, Campos SMS, Almeida PF, Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Therapeutic itineraries for patients with cerebrovascular accident: fragmentation of care in a regionalized health network. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2017; 17 Suppl 1:S63-72.
25. Batista SR, Souza ASS, Nogueira J, Andrade FB, Thumé E, Teixeira DSC, et al. Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00196120.
26. Mazuchelli LP, Soares MFP, Noronha DO, Oliveira MVB. Discourses on ag(e)ing individuals, social inequality, and the effects of social distancing in times of Covid-19. *Saúde Soc* 2021; 30:e200885.
27. Villela EFM, López RVM, Sato APS, Oliveira FM, Waldman EA, Van den Bergh R, et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health* 2021; 21:152.
28. Chao M, Xue D, Liu T, Yang H, Hall BJ. Media use and acute psychological outcomes during COVID-19 outbreak in China. *J Anxiety Disord* 2020; 74:102248.
29. Kameda K, Barbeitas MM, Caetano R, Löwy I, Oliveira ACD, Corrêa MCDV, et al. Testing COVID-19 in Brazil: fragmented efforts and challenges to expand diagnostic capacity at the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00277420.
30. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00115320.
31. IHME COVID-19 Health Service Utilization Forecasting Team. Forecasting COVID-19 impact on hospital bed-days, ICU-days, ventilator days and deaths by US state in the next 4 months. medRxiv 2020; 30 mar. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.27.20043752v1>.
32. Rodrigues JLSQ, Villar VCFL, Duarte SCM, Corrêa CDTSO, Reis EC, Janotti L. Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19. *Saúde Debate* 2022; 46(spe 1):165-80.
33. Missel M, Bernild C, Westh Christensen S, Dagarayan I, Kikkenborg Berg S. The marked body: a qualitative study on survivors embodied experiences of a COVID-19 illness trajectory. *Scand J Caring Sci* 2022; 36:183-91.
34. Doubova SV, Infante-Castañeda C, Roder-Dewan S, Pérez-Cuevas R. User experience and satisfaction with specialty consultations and surgical care in secondary and tertiary level hospitals in Mexico. *BMC Health Serv Res* 2019; 19:872.
35. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares SF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuity of hospital discharge care for primary health care: Spanish practice. *Texto & Contexto Enferm* 2020; 29:e20180332.
36. Faria LP, Rafael AP. Dimensão psicossocial da pandemia do Sars-CoV-2 nas práticas de cuidado em saúde de idosos. *Interface (Botucatu)* 2022; 26:e210673.
37. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, Cheng V, Dagens A, Hastie C, et al. Characterising long COVID: a living systematic review. *BMJ Glob Health* 2021; 6:e005427.

38. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry* 2020; 42:232-5.
39. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública* 2022; 38:e00164621.
40. Fontenelle LF, Camargo MBJ, Bertoldi AD, Gonçalves H, Maciel ELN, Barros AJD. Cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto: inquérito domiciliar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00141515.
41. Plagg B, Piccoliori G, Oschmann J, Engl A, Eisendle K. Primary health care and hospital management during COVID-19: lessons from Lombardy. *Risk Manag Healthc Policy* 2021; 14:3987-92.
42. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C, et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract* 2020; 26:129-33.
43. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022; 10:e715-72.

## Abstract

*This study aims to analyze the care trajectories of patients diagnosed with COVID-19 who were hospitalized and are currently undergoing rehabilitation regarding their use of and access to the healthcare network (HN). An evaluative, qualitative study was carried out based on interviews with patients in the city of Niterói, Rio de Janeiro State, Brazil. The care trajectories were reconstructed at three different occasions that express their experiences with the healthcare and support network during the pandemic: prevention, support and diagnosis measures; hospitalization; post-COVID-19 care, rehabilitation and support. The results indicate that the main source of information about COVID-19 was TV newscasts. Preventive hygiene measures were the most widely adopted. The family was the main support network. There was no waiting time for admission to the municipal referral hospital. Hospitalization was very well evaluated in terms of user embracement, multidisciplinary care, virtual visits and daily contact between doctor and family members. A post-discharge “care vacuum” was identified, with no follow-up by primary health care (PHC) and other public services. Low-cost health insurance plans and private specialized post-COVID-19 services were frequently and spontaneously sought until the implementation of the rehabilitation service. In summary, solitary and discontinuous care trajectories of individuals and families shed light on several challenges to the health system, including guaranteed access to coordinated PHC and expanded offer of specialized public services and rehabilitation, aligned with the principles of humanized care, in addition to the maintenance of social support measures.*

COVID-19 Pandemics; Care Pathways; Health Services Accessibility

## Resumen

*Este artículo tiene por objetivo analizar las trayectorias asistenciales de usuarios diagnosticados, hospitalizados y en rehabilitación por el COVID-19 en cuanto al uso y acceso a las redes de atención a la salud (RAS). Se realizó un estudio cualitativo, evaluativo, a partir de entrevistas con usuarios en el municipio de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. A partir del análisis temático, las trayectorias asistenciales se reconstituyeron en tres momentos que expresan las experiencias con la red de salud y de apoyo durante la pandemia: las medidas de prevención, apoyo y diagnóstico; la experiencia de hospitalización; y los cuidados, rehabilitación y apoyo post-COVID-19. Los resultados muestran que los telediarios fueron la principal fuente de información sobre el COVID-19. Las medidas preventivas más adoptadas fueron las de higiene. La familia fue la principal red de apoyo. No hubo tiempo de espera para el ingreso en el hospital municipal de referencia. La hospitalización fue muy bien evaluada debido a la recepción, atención multidisciplinaria, visitas virtuales y contacto diario del médico con los familiares. Se identificó un “vacío asistencial” posterior al alta, sin seguimiento por parte de la atención primaria de salud (APS) y otros servicios públicos. Hubo una frecuente búsqueda espontánea de planes populares y pago directo para acceder a servicios especializados post-COVID-19 hasta la implementación del servicio de rehabilitación. Por lo tanto, las trayectorias asistenciales solitarias y discontinuas de individuos y familias revelan varios desafíos para el sistema de salud, entre ellos la garantía de acceso y coordinación de la atención por parte de la APS, la ampliación de la oferta de servicios públicos especializados y la rehabilitación en redes, combinada con los principios de cuidado humanizado, además del mantenimiento de las medidas de apoyo social.*

Pandemia de COVID-19; Trayectorias Clínicas; Accesibilidad a los Servicios de Salud

---

Recebido em 31/Ago/2022

Versão final rerepresentada em 05/Jan/2023

Aprovado em 09/Jan/2023