Artículo de Investigación
Artigo de Pesquisa
Research Article

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

Prácticas de los enfermeros en salud de la familia: continuidad de la atención a pacientes con condiciones crónicas

Práticas de Enfermeiras na saúde da família: continuidade no cuidado a usuários com condições crônicas

Nurses' practices in Family Health: continuity of care for users with chronic conditions

Franciele Nascimento de Araujo Silva[I]*; Regina Cavalcante Agonigi*[I]*; Sonia Acioli*[I]

[I]*Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

RESUMEN

Objetivo: identificar las prácticas de los enfermeros de la ESF dirigidas a la continuidad de la atención a pacientes con condiciones crónicas. **Método**: estudio analítico, exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado con enfermeros de una unidad de la estrategia salud de la familia de la ciudad de Río de Janeiro, con previa aprobación del Comité de Ética e Investigación. Para analizar los datos se utilizó el análisis de contenido de Bardin. **Resultados**: se identificaron tres categorías: Desafíos Diarios para la Atención Integral en la Estrategia Salud de la Familia, Promoción de la Continuidad de la Atención: Prácticas de los Enfermeros y Mejorar la Longitudinalidad: Acciones y Servicios Esenciales. **Consideraciones finales:** se destacaron las prácticas dirigidas a las necesidades territoriales, al fortalecimiento del vínculo, al protagonismo individual, al trabajo multidisciplinario, a la participación activa en la gestión, a la coordinación intersectorial, a la escucha activa y la red de apoyo.

Descriptores: Estrategias de Salud Nacionales; Enfermeras y Enfermeros; Enfermedad Crónica; Atención de Enfermería.

RESUMO

Objetivo: identificar as práticas de enfermeiras na ESF voltadas à continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas. **Método**: estudo analítico, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiras de uma unidade de estratégia de saúde da família do município do Rio de Janeiro, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para análise dos dados. **Resultados**: foram identificadas três categorias: Desafios na Jornada pela Integralidade do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família, Promovendo a Continuidade do Cuidado: Práticas das Enfermeiras e Potencializando a Longitudinalidade: Ações e Serviços Essenciais. **Considerações finais:** destacaram-se as práticas direcionadas as necessidades territoriais, ao fortalecimento do vínculo, ao protagonismo individual, ao trabalho multiprofissional, a participação ativa da gestão, a articulação intersetorial, a escuta ativa e a rede de apoio.

Descritores: Estratégias de Saúde Nacionais; Enfermeiras e Enfermeiros; Doença Crônica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify nurses' practices in the Family Health Strategy (FHS) aimed at ensuring continuity of care for users with chronic conditions. **Method:** analytical, exploratory study with a qualitative approach, conducted with nurses from a Family Health Strategy unit in Rio de Janeiro, following approval by the Research Ethics Committee. Data were analyzed using Bardin's content analysis method. **Results:** three categories were identified: Challenges in Achieving Comprehensive Care in the Family Health Strategy, Promoting Continuity of Care: Nurses' Practices, and Enhancing Longitudinality: Essential Actions and Services. **Final considerations:** the practices highlighted focused on territorial needs, strengthening bonds, individual empowerment, multi-professional work, active management participation, intersectoral articulation, active listening, and support networks.

Descriptors: National Health Strategies; Nurses; Chronic Disease; Nursing Care.

INTRODUCCIÓN

Para brindar atención de salud de manera integral y dirigida a las diferentes demandas de salud de la población en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), es necesario que los diferentes niveles de atención estén articulados. Para ello, en 2010 se creó la Red de Atención a la Salud (RAS) como una "forma de organizar las acciones y servicios de salud", que permite que las relaciones entre los diferentes niveles de complejidad de la atención sean horizontales y promueve la integración de sistemas, acciones y servicios de salud en términos de acceso, equidad, efectividad clínica y sanitaria y eficiencia económica[1].

En este contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) se considera el centro comunicativo y coordinador de la RAS, considerando la atención multidisciplinaria y la resolución de la atención primaria dirigida a las necesidades más comunes de la población[1].

Dado que la Estrategia Salud de la Familia (ESF) es el modelo de atención prioritario de la APS, el trabajo del enfermero, como miembro del equipo multidisciplinario, se centra en identificar las especificidades de su territorio, con el objetivo de

Autora de correspondencia: Franciele Nascimento de Araujo Silva. Correo electrónico: francyele.araujo@hotmail.com
Editora científica: Thelma Spíndola; Editora asociada: Magda Guimarães de Araujo Faria

Recibido en: 07/03/2024 – Aprobado en: 21/11/2024

CC BY NC ND

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

identificar y gestionar adecuadamente las necesidades de cada paciente. Esto permite gestionar eficientemente las demandas en el ámbito de la APS y en conjunto con la RAS, en pro de coordinar adecuadamente la atención.

Si bien actualmente se considera que hay un sistema jerárquico en el SUS, ver la RAS de forma jerárquica no es correcto. La RAS debe ser considerada como una red horizontal con puntos de atención que tienen la misma importancia y sin un orden específico, que sólo se diferencian por la densidad tecnológica[2].

Sin embargo, aún se puede ver que hay dificultades en el proceso de referencia y contrarreferencia provocadas por fallas en la comunicación entre los profesionales de la salud de los diferentes puntos de atención, así como entre profesionales y pacientes, que provocan la desarticulación de los servicios y que se interrumpa la continuidad de la atención[3].

Estos factores contribuyen a que la coordinación de la atención sea ineficiente, lo que tiende a saturar el sistema y dificultar el seguimiento de los pacientes, especialmente de los que padecen condiciones crónicas. La congestión del sistema puede ocurrir por un mal manejo de los casos, que provoca derivaciones a otros niveles de atención que podrían resolverse en el nivel primario, así como por el intercambio precario de información entre los niveles de atención, que dificultan la continuidad de la atención de los pacientes contra derivados[4]

Brindar atención integral en todos los niveles de atención de salud ha sido un desafío, dado que aún existen barreras de comunicación, acceso y planificación para coordinar la atención de manera adecuada y asertiva entre los puntos de la RAS[5].

Considerando que la continuidad de la atención es un aspecto importante para lograr que la atención sea integral y resolutiva, especialmente la de enfermería, parece fundamental analizar las prácticas de los Enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia para la continuidad de la atención a los pacientes con condiciones crónicas.

Con el objetivo de profundizar el conocimiento científico sobre el tema, se creó la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuáles son las fortalezas y desafíos encontrados en las prácticas que desarrollan los enfermeros de la ESF en la atención de pacientes con condiciones crónicas?

Para responder a esta pregunta, el objetivo fue identificar las prácticas de los enfermeros de la ESF dirigidas a la continuidad de la atención a los pacientes con condiciones crónicas, discutiendo las potencialidades y los desafíos que encontraron.

MÉTODO

Estudio analítico, exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado con 12 enfermeros que trabajan en una unidad de la ESF, en la ciudad de Río de Janeiro, realizado entre el 1 y el 30 de septiembre de 2023.

Se incluyeron profesionales de enfermería que trabajaban en la unidad del estudio y estaban debidamente inscritos en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud de la unidad. Fueron excluidos los técnicos en enfermería o gerentes de enfermería que trabajaban en la unidad del estudio y los profesionales de enfermería que se encontraban de vacaciones o licencia durante de la producción de los datos.

De los 24 profesionales que trabajaban en la unidad, todos los que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión fueron contactados a través de mensaje de texto por celular e invitados personalmente por la investigadora. Se enfrentó un desafío importante durante la recolección de datos, el rechazo de los posibles participantes. Por lo tanto, la recolección de datos se completó con la participación de 12 profesionales, dado que los otros 12 se negaron a participar por falta de disponibilidad horaria. De ellos, nueve son enfermeros responsables del equipo de la ESF y tres son residentes de enfermería del primer año, también vinculados a un equipo de la ESF. Cabe destacar que todos los participantes de la investigación firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI).

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada elaborada a partir de preguntas objetivas para la caracterización sociodemográfica de los participantes y preguntas abiertas que permitieron ampliar la perspectiva sobre el tema. Para poder realizar adecuadamente las entrevistas y elaborar un cuestionario que respondiera a los objetivos de este estudio, se realizó una prueba piloto con enfermeros de la ESF, de un área programática diferente al área objetivo de este estudio.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal del presente estudio, de sexo femenino, una enfermera que trabajaba en una unidad de urgencias y era estudiante de maestría cuando se realizó la investigación, la misma no tenía vínculos con la unidad en cuestión ni ejercía ninguna función jerárquica sobre los participantes.

Las entrevistas se realizaron en el escenario del estudio, de manera privada, sólo en presencia del participante y la entrevistadora, fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para un análisis más profundo, tuvieron una duración promedio de una hora. Durante la entrevista se tomaron notas de campo.

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

Sobre la información obtenida en las entrevistas se aplicaron técnicas de análisis de contenido y la sistematización del análisis de contenido temático-categórico[6,7], estructurado en tres etapas. En una primera etapa se desarrolló una lectura flotante del material, derivado de las entrevistas, con el objetivo de explorar el material y los elementos categóricos destacados. En la segunda, se buscó definir las Unidades de Registro (UR), que son las expresiones o palabras del contenido con un significado representativo resultante de la clasificación y agregación de datos. En la última etapa, el objetivo fue establecer conexiones entre los resultados de las fases anteriores y los objetivos del estudio, procurando crear unidades de significado para la elaboración de las categorías y subcategorías[7]. El análisis se realizó manualmente sin utilizar *software*.

Dado que se trata de una investigación cualitativa se siguieron los *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative* (COREQ), que es una lista de verificación que contribuye a una adecuada elaboración del informe para este tipo de estudio.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución proponente (dictamen N° 6.170.109) y por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud responsable de la institución campo de recolección de datos (dictamen N° 6.281.797). Para preservar las identidades de los participantes de la investigación, se adoptó una codificación individual. Para ello, se adoptaron 12 códigos, del E1 al E12, para garantizar la confidencialidad y el anonimato, los datos fueron gestionados a través del *software Microsoft Office Excel* 2016.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La mayoría de los encuestados es del sexo femenino (91,67%), mientras que el 75% tiene formación de posgrado *lato sensu* (n=9). En cuanto a la experiencia laboral, cinco tienen entre uno y cinco años de experiencia como enfermeros (41,67%), cuatro tienen más de cinco años de experiencia (33,33%) y tres declararon menos de un año de experiencia (25%). Respecto al equipo actual, siete llevan menos de un año en el equipo (58,33%), cuatro llevan entre uno y cinco años en el equipo (33,33%) y uno lleva más de cinco años en el equipo (8,33%).

Luego del análisis de las entrevistas, se identificaron 391 Unidades de Registro (UR), las cuales fueron agrupadas por sus significados en 30 Unidades de Significado (US). Posteriormente, las unidades de significado se agruparon en tres Categorías, que surgieron de los datos encontrados y están directamente relacionadas con el objetivo del estudio: Desafíos Diarios para la Atención Integral en la ESF, Promoción de la continuidad de la atención: prácticas de los enfermeros y Mejorar la Longitudinalidad: acciones y servicios esenciales.

Desafíos Diarios para la Atención Integral en la Estrategia Salud de la Familia

En lo que respecta a los desafíos identificados, los profesionales entrevistados relacionaron la sobrecarga de trabajo con un menor vínculo y con la dificultad para brindar un servicio de calidad al paciente.

> *La demanda es muy alta, hay mucha gente, entonces no se puede, no puedes brindar un servicio de calidad. (E9)*

> *No puedes irte a tiempo porque tienes la agenda llena. Atención todo el tiempo, es un conjunto de muchas cosas. (E1)*

Dentro del equipo de la ESF, el enfermero desempeña múltiples funciones relacionadas con la atención, la gestión de materiales y recursos humanos. Se destaca el aumento de la carga de trabajo asignada a dicho profesional. Como miembro del equipo de la ESF, el enfermero debe conocer su territorio, establecer un vínculo con los pacientes y realizar consultas de enfermería, con el objetivo de brindar una atención integral[8].

> *A veces son las tareas. Muchas veces terminamos atrapados en el gran proceso de trabajo, ese proceso de trabajo interfiere mucho con la creación del vínculo, porque no tenemos tiempo efectivo para hablar con el paciente. (E11)*

> *La gran demanda lo dificulta, no podemos enfocarnos completamente en el paciente. (E12)*

La alta demanda de atención, combinada con las funciones administrativas, influyen en la calidad de la atención que brindan los enfermeros, y dificultan la proximidad con el territorio, crear y mantener vínculos, así como identificar las necesidades de la población inscripta[9]. La escasez de profesionales y la alta rotación también fueron citadas como desafíos para lograr la continuidad de la atención.

> *Para los equipos que a veces se quedan sin médico o enfermero, esto es más difícil. (E5)*

> *Cada vez que faltan médicos, noto que los pacientes se desaniman, entonces no vienen a consulta [...] generalmente terminan faltando o pierden el interés en participar, en continuar, esa es una de las cosas, porque ellos creen que tiene que haber un médico, no es posible. (E7)*

La rotación y el déficit de profesionales se asocian con relaciones laborales precarias e inestables, jornadas de trabajo excesivas, ubicación de unidades de salud en zonas de riesgo y contratación realizada a través del régimen de Consolidación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

de las Leyes de Trabajo (CLT), o a través de Persona Jurídica (PJ) o contratos temporales, lo que pone de manifiesto la fragilidad de las relaciones laborales[10].

En cuanto a los desafíos inherentes a los profesionales, se destacan los conflictos entre los miembros del equipo multidisciplinario, la falta de compromiso de los profesionales, un trabajo multidisciplinario debilitado y la falta de capacitación de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

> *Esta perspectiva más amplia de la medicina, la nutrición, la psicología, la física la tienen que tener todos, no sólo los enfermeros. (E9)*
>
> *Si todos entendieran que trabajar en equipo es lo mejor para el paciente, el proceso fluiría mucho mejor. (E12)*
>
> *La visión holística debe ser más multidisciplinaria. (E9)*

Los resultados obtenidos demuestran la fragilidad de la práctica colaborativa, junto con una comunicación multidisciplinaria debilitada y un bajo compromiso profesional. Estos datos coinciden con los hallazgos de Schimith[11], que identificó ruido en la comunicación entre profesionales, que crean brechas en la práctica multidisciplinaria y provocan que se interrumpa la continuidad de la atención.

> *Nos cuesta contar con profesionales comprometidos, sobre todo en la atención primaria. (E6)*
>
> *Cuando el profesional no hace un esfuerzo por intentar resolver, programar consultas, orientar, no hay dedicación ahí, es algo básico. (E7)*

La falta de cohesión en el equipo da lugar a que surjan conflictos interpersonales. Para los participantes, esos problemas son un desafío y afectan la calidad de la atención brindada.

> *Dificultades en las relaciones interpersonales, que también dificultan el trabajo, por eso creo que la gente no sabe separar el trabajo de la vida social. (E7)*
>
> *Como ya tuvimos problemas con el médico, con los agentes comunitarios, con todo esto, entonces ¿cómo vamos a afrontarlo? ¿Cómo hacemos para que ese profesional pueda trabajar? (E5)*
>
> *El profesional del equipo que es familiar del paciente, el paciente no quiere que el familiar sepa de su condición, es difícil, tenemos que mediar en asuntos a los que no estamos acostumbrados. (E6)*

Un equipo de salud comprometido y centrado en la atención multidisciplinaria permite el intercambio de información y experiencias entre profesionales de la salud, que favorece el intercambio de conocimiento y experiencias y una mejora en la comunicación del equipo. Esto se refleja en orientar la integralidad de la atención de manera más asertiva y en brindar un servicio de mayor calidad[9].

Otro punto destacado por los participantes fueron los desafíos relacionados con la gestión de la atención, como fallas en la referencia y contrarreferencia de los pacientes, problemas de gestión e insumos, y desafíos políticos.

> *Para acceder al servicio, estás en la atención primaria, necesitas pasar a otro nivel de atención y algo bloquea el acceso a otro nivel de atención. (E4)*
>
> *Debilidad en el servicio de psicoterapia del CAP. (E7)*
>
> *Si el acceso es difícil, terminará limitándose a la atención primaria, porque le resulta difícil acceder a otro nivel de atención, para que podamos complementar la atención integral. (E3)*
>
> *El SISREG tarda mucho en alguna especialidad, lo que también creo que compromete mucho. (E4)*

La integración de la RAS también es un factor que compromete la integralidad y continuidad de la atención, y un punto a destacar es la falta de comunicación entre los servicios, ya que la contrarreferencia es un obstáculo para la continuidad de la atención, dado que depende de los profesionales de los servicios secundarios y terciarios la realicen para los equipos de Salud de la Familia[12].

> *Las consultas no pueden ser cerca de su casa. Entonces la mayoría no va. A veces por dificultades para trasladarse. A veces por motivos económicos o cuestiones laborales. (E12)*

Los participantes también destacaron la falta de insumos y las dificultades con la gestión, y consideraron que comprometen la continuidad de la atención.

> *Creo que cuando falta medicación eso genera mucha preocupación. (E5)*
>
> *La burocracia dificulta un poco las cosas. (E12)*
>
> *Si tienes una gestión que sólo quiere que te centres en el paciente, en esa patología, no llegarás muy lejos. (E5)*

Según el discurso del entrevistado, la escasez de recursos y las precarias condiciones laborales dificultan el funcionamiento eficaz del SUS, comprometen la planificación de las acciones de salud y la coordinación entre los servicios, y contribuyen a la insatisfacción de los profesionales y a que los pacientes no confíen en el servicio[13].

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

Los profesionales entrevistados también destacaron los desafíos que se relacionan con los pacientes. A través de los datos obtenidos, se identificaron la falta de vínculo del paciente con el equipo, las dificultades de acceso del paciente, la debilitada red de apoyo del paciente, las resistencias/dificultades del paciente para dar continuidad a la atención y el contexto social en el que se inserta. Estos desafíos se asociaron con barreras y diferencias geográficas, limitaciones personales y condiciones de vida.

> *Nuestro territorio es un territorio un poco más alejado de la unidad. Nuestro territorio está a cinco kilómetros de la unidad, 40, 50 minutos caminando, y no tenemos autobuses dentro del territorio, no hay medios de transporte. (E11)*
>
> *Que no haya vínculo creo que es un factor que hace muy difícil continuar con la atención, sin el vínculo no se puede. (E4)*
>
> *Atendí a una paciente que estaba completamente descompensada porque hacía mucho tiempo que no venía, no tenía un vínculo con el equipo. (E10)*

Se observó que la distancia entre el domicilio del paciente y la unidad de salud representa una barrera importante para el acceso a los servicios de salud y para la longitudinalidad de la atención en las diferentes regiones del país[14].

Otro punto respecto a las barreras de acceso es la resistencia de los pacientes que no viven en la comunidad. Las dificultades para acceder y crear un vínculo a veces se relacionan con el contexto social en el que se inserta el paciente.

> *En la comunidad encuentras una asociación de vecinos. Si te reúnes con ellos, tienes más posibilidades. En la calle no tienes eso, o vienes a la unidad, o vas a una plaza. Para poder tener eso. (E1)*
>
> *Los pacientes que tenían una buena situación económica, pero su situación cambió con la pandemia, al principio se resisten a ser atendidos por enfermeros, solo quieren médicos. (E10)*
>
> *Para uno es mucho más fácil lidiar con la población de la comunidad que con la población de la ciudad, porque en la ciudad son más independientes, tienen mejores condiciones, a veces ni siquiera viven en ese lugar [...] entonces no hay una constancia en la atención, quienes viven en el territorio a veces tienen planes de salud. (E7)*

En algunos casos se observan dificultades para garantizar una atención integral a los pacientes de mayor poder adquisitivo. Esto revela la resistencia a comprender y aceptar el perfil de la ESF y a crear vínculos[15]. Sin embargo, es importante destacar que es necesario que los profesionales de la salud y el modelo de gestión de la atención puedan identificar y reducir estas barreras, que se ven agravadas por la competencia y la sobrevaloración del sector privado sobre el sistema público de salud.

Por lo tanto, es necesario fortalecer estrategias que apunten a ampliar la comunicación en salud con los pacientes. Esto incluye aclarar el alcance que tiene la atención que brinda la ESF, destacando el papel de cada profesional y de los servicios que la integran, para promover la superación del modelo biomédico aún arraigado en dicha población.

La no adherencia al tratamiento y la resistencia a participar del plan de cuidados junto con el equipo de salud fueron temas mencionados por los entrevistados.

> *Hay pacientes que no adhieren, aunque sigas ciertos caminos, hay pacientes que se resisten mucho. (E5)*
>
> *Creo que es el estilo de vida del paciente lo que lo hace muy difícil. (E4)*
>
> *Tienen dificultad para comprender su condición. (E6)*
>
> *Hay pacientes que no siguen las indicaciones, que no se hacen cargo de su propio cuidado. (E8)*

Si bien es fundamental elaborar un plan terapéutico que satisfaga las necesidades del paciente y se adapte a sus realidades para poder controlar las condiciones crónicas, la aceptación del paciente de su condición de salud y la participación activa del mismo en el proceso son factores determinantes para el éxito del tratamiento propuesto[15].

> *Identificar y comprender las limitaciones físicas, económicas o cognitivas de cada paciente y trabajar sobre dichas limitaciones. (E12)*
>
> *Pacientes en situación precaria y sin condiciones básicas. (E6)*

Los entrevistados destacaron que las fallas y/o la falta de adherencia al plan terapéutico también se relacionan con una red de apoyo debilitada y con dificultades en el grupo familiar.

> *Los casos que tengo en el equipo. No son un perfil que tenga dificultades económicas, pero hay mucha gente sola, mucha gente sin una red de apoyo, incluso gente mayor, gente muy mayor. Estos son los casos más difíciles de controlar, porque no hay nadie que los aliente día a día. (E2)*
>
> *Hay pacientes que no tienen una familia muy presente y no pueden asistir a las consultas del SISREG. (E12)*

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

La ausencia de familiares en el tratamiento de condiciones crónicas de personas mayores con limitaciones conduce al abandono y fallas en la atención. Sin embargo, el equipo de salud debe esforzarse en construir vínculos con la familia, con el objetivo de brindarles atención longitudinal a dichos pacientes[15].

Por ende, los desafíos abordados tienden a generar desorganización en la estructura laboral, favorecen el abandono del tratamiento, debilitan el vínculo entre el profesional y el paciente y contribuyen al empeoramiento de las condiciones de salud. Estos temas enfatizan que es necesario que se lleven a cabo acciones dirigidas a superar esos desafíos, a fin de fortalecer la efectividad e integralidad de los servicios de salud para la población.

Promoción de la continuidad de la atención: prácticas de los enfermeros

Esta categoría se compone de nueve unidades de significado que reflejan las actitudes y estrategias específicas desarrolladas durante la práctica de la atención, que destacan su importancia y relevancia en el contexto de la atención a la salud.

Entre los temas que surgieron en esta categoría, los que más se destacaron fueron las actividades de promoción y educación para la salud incluidas en las orientaciones que brindan los profesionales de enfermería.

> *La práctica de orientar al paciente para que realice otra actividad física, dependiendo de su situación crónica, como nadar, caminar, terapia Shiatsu, elongar. (E3)*
>
> *Enseñarle que el cuidado va más allá de tomar medicamentos. (E6)*
>
> *El paciente necesita orientación en primer lugar, porque en tercer lugar está la medicación, hay otras cosas que son fundamentales, como la alimentación, la actividad física, y en tercer lugar está la medicación. (E8)*

Dado que la ESF es el primer nivel de atención en salud y que se centra en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la educación para la salud es una práctica asistencial esencial para la atención integral[16].

> *Promover conocimiento que les permita a los pacientes dialogar con nuestro plan de atención. (E11)*
>
> *Luego entra el enfermero, que tiene más espacio para esto, el enfermero brinda orientación y educación para la salud. (E7)*
>
> *Indicaciones para el cambio de hábitos alimentarios, actividad física (E8)*
>
> *Brindamos educación para la salud. (E12)*

La educación para la salud debe generar un espacio más allá de la transmisión de información, con orientación técnica, brindar un lugar de acogida y escucha, que valore y respete el conocimiento de los profesionales y pacientes, ello promueve un mayor vínculo con los servicios de salud y produce conocimiento que lleva a cambios de hábitos[17].

Se observó la implementación de prácticas que promueven mayor conocimiento en los pacientes sobre su condición y los ayudan a que se transformen en protagonistas del cuidado de su propia salud.

> *Ayudar al paciente a aprender a vivir con una enfermedad crónica, y hacerlo lo más fácil posible […] tratar de entender, explicar, facilitar el diagnóstico y estar cerca. (E5)*
>
> *Pero cuando comprenden el problema, la enfermedad, empiezan a tener más control sobre ella. Cuanto más conocimiento tienen, más empoderados están para vivir con la condición. Se convierten en el centro de la atención. Se les muestra que su opinión es importante. Lo que realmente hacen, su cuidado, la parte que nos toca a nosotros es menor. (E2)*
>
> *Hacerle entender al paciente que el cuidado es nuestra responsabilidad y la de ellos también. Y él tiene que entender eso. Compartimos con él y asumimos esa responsabilidad. (E12)*
>
> *Vino a mí con una queja durante la consulta, voy a estudiar su queja. Entonces lo dejo hablar dos, tres minutos sobre la percepción que tiene y en base a esa percepción trato de crear un plan de cuidados. (E11)*
>
> *Intento explicárselo para que se empodere, potenciar lo que tiene, para que pueda entender. (E9)*

La construcción de conocimiento debe integrar todo el conocimiento y hacer que se fortalezcan los vínculos sociales, eso no se puede construir imponiendo pautas imbuidas de reglas y comportamientos que apuntan al cambio de hábitos[18].

También se destacó la realización de grupos, actividades y acciones sociales en el territorio, que se utilicen como estrategias para atraer a los pacientes, fortalecer el vínculo y reconocer las necesidades de las personas.

> *Intentamos hacer muchos grupos y brindar atención fuera de la unidad. (E12)*
>
> *Consultorio avanzado en la comunidad para una mejor continuidad de la atención y adherencia de la población [...] Hacemos la consulta ahí mismo en el territorio, hablamos, llevamos la báscula, un tensiómetro, realizamos la consulta con lo que tenemos disponible. (E9)*

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

> *Allí también solemos realizar acciones y dar orientación. También en el territorio. (E8)*
>
> *Actividades de promoción de la salud, porque podemos trabajar en la calidad de vida, el bienestar, y todo esto termina favoreciendo una mayor calidad. (E11)*

Se observa el empeño y compromiso de los enfermeros para realizar actividades en el territorio que despierten el interés de la población y promuevan el bienestar. Estas prácticas hacen que el espacio sea propicio para el intercambio de conocimiento y experiencias, según las necesidades de los pacientes.

Por ende, la educación para la salud es una estrategia que surge como una oportunidad para que los profesionales fomenten la búsqueda de soluciones colectivas, con la participación del paciente, para enfrentar los problemas de la comunidad y de los individuos[18].

Las actividades mencionadas, que se realizan fuera de la institución de salud, siguen las recomendaciones de la PNAB[19] que destaca la realización de acciones en el territorio o en los hogares para promover la salud y prevenir enfermedades, en función de las necesidades de la población inscripta.

También se destacó la implementación de prácticas integradoras y complementarias de salud (PICS). A partir de los relatos, se pudo observar cómo se evalúan y articulan esas prácticas con el cuadro clínico y el contexto social del paciente para poder brindar una atención integral.

> *No sirve de nada simplemente tomar el medicamento, tiene que haber otras prácticas. Hay prácticas, soy un gran admirador de las prácticas alternativas en el sistema de salud pública. Y también uso mucho la auriculoterapia. (E2)*
>
> *Cuando vemos una situación que requiere esta práctica alternativa, ella o yo vamos al domicilio y practicamos la auriculoterapia. (E3)*
>
> *Hago prácticas integradoras. Hago fitoterapia, hago acupuntura, pindas chinas. (E11)*

Se puede ver que las acciones de los profesionales coinciden con los objetivos de la Política Nacional de Prácticas Integradoras y Complementarias en el SUS (PNPIC-SUS) y con la propuesta de la APS. Estas prácticas reflejan una atención en salud que va más allá del modelo biomédico y adoptan un enfoque holístico centrado en el individuo y sus necesidades, cuyo foco es la atención integral[20].

Los encuestados también informaron que realizan vigilancia con planillas por línea de atención, programan consultas y exámenes, realizan contactos telefónicos y búsquedas activas como estrategias para garantizar la continuidad de la atención.

> *Solicitar en el momento los exámenes y pedirle al ACS que se los entregue al paciente como forma de facilitarle el traslado a la unidad. (E8)*
>
> *No dejar que vengan a demanda, ya sabes, viene con el examen que evaluamos, no, prefiero, vengo hoy, te programo una consulta para dentro de un mes, hago el examen, te explico todo claramente, y procuro programar la consulta, porque entonces va a asistir. (E9)*
>
> *Creamos planillas, planillas para todas las líneas de atención. (E10)*

Se observó que los profesionales entrevistados utilizan esas prácticas como forma de organizar el proceso de trabajo, lo que les permite tener un mayor control de la presencia, frecuencia y seguimiento de los pacientes.

El uso de la tecnología como aliado también fue identificado como una estrategia para fortalecer el vínculo, facilitar la comunicación, favorecer la organización del proceso de trabajo y promover la continuidad de la atención.

> *El teléfono del equipo como estrategia, para tener un mejor contacto con el paciente para las consultas, la información y las dudas. (E7)*
>
> *Seguimiento también por WhatsApp. (E6)*
>
> *También contactamos al familiar por celular. El contacto telefónico, WhatsApp ayuda mucho. (E12)*

Se destaca el papel crucial de la tecnología en el proceso de trabajo de la APS. La atención en salud asociada al uso de tecnología facilita la recolección de información, la vigilancia epidemiológica y la construcción y el intercambio de nuevo conocimiento, y promueve una mayor calidad de la atención brindada[21].

Mejorar la Longitudinalidad: acciones y servicios esenciales

Creada a partir de la agrupación de 145 UR, que equivalen al 37,08% del total de las UR. Esta categoría enfatiza las acciones y servicios que se destacaron como elementos esenciales para promover la continuidad de la atención, y actúan como catalizadores para cumplir las directrices de la ESF.

Entre los temas abordados por los profesionales, la visión holística, la escucha activa y la participación de los ACS en las visitas domiciliarias fueron los más destacados para la continuidad de la atención.

> *El conocimiento del ACS sobre la población facilita el seguimiento. (E6)*
>
> *Una buena estrategia es realizar siempre vigilancia y búsqueda activa con agentes comunitarios. (E7)*

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

Dentro del equipo de la ESF, el ACS es el profesional más cercano a los pacientes, y facilita la identificación de factores de riesgo, problemas de salud, vulnerabilidades y condiciones de vida de cada paciente. Esta información se lleva a la unidad de salud y se discute con el equipo multidisciplinario, lo que favorece la vigilancia de la salud y la continuidad de la atención[22].

> *El agente de salud al tener mucho contacto con la población facilita. (E2)*
>
> *Las visitas domiciliarias ayudan con la atención. (E1)*
>
> *Una buena estrategia es realizar siempre vigilancia y búsqueda activa con agentes comunitarios. (E7)*

Otro punto relevante es la oportunidad de realizar el proceso de educación para salud en la vida cotidiana de los pacientes. Debido a que concurre con mayor frecuencia a los territorios y realiza visitas domiciliarias, es más probable que este profesional brinde orientaciones sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades *in loco*[22].

Sin bien, aunque los datos de este estudio coinciden con la posición de los autores sobre el papel fundamental que desempeñan los ACS en el equipo de la ESF, cabe destacar que hubo un cambio en la cobertura de los ACS según la PNAB, 2017.

En la PNAB de 2011 se recomendaba que los ACS cubrieran el 100% de la población inscripta, con un máximo de 750 personas por ACS. Sin embargo, a partir de 2017, la PNAB modifica esta recomendación y establece que deben cubrir el 100% de la población vulnerable[23].

Este cambio va en contra de los principios del SUS, dificulta garantizar la universalidad y afecta directamente la organización de los servicios de la ESF y la vigilancia de la salud, y, por ende, favorece que se interrumpa la continuidad de la atención[23].

En las entrevistas se destacó la importancia de adoptar una visión holística y una escucha cualificada.

> *Y tener una visión holística de la familia. Porque muchas veces la enfermedad empeora no porque la persona no esté tomando medicamentos ni haciendo dieta, ni haciendo actividad física, sino por la rutina de la vida en familia. (E4)*
>
> *Ver al paciente más allá de esa patología. (E5)*
>
> *Escuchar realmente al paciente y que él sienta que estás ahí con él, que no es uno más, que solo te vas a quejar de la demanda, él llegó, se quejó, hizo lo que tiene que hacer y se libera. (E9)*

Se considera importante identificar el contexto familiar en el que el paciente está inserto y destacar que es necesario brindarle asistencia no sólo al paciente, sino también a los familiares, a fin de lograr la integralidad y longitudinalidad de la atención. Esto permite crear un plan terapéutico acorde a las necesidades individuales y familiares de cada paciente[24].

Otro tema abordado fue la importancia de la red de apoyo de la comunidad para fortalecer la continuidad de la atención, crear vínculos y brindar una atención integral.

> *Apoyo de las asociaciones del territorio para situaciones que van más allá de las enfermedades, como el techo de la escuela. (E6)*
>
> *Apoyo de la Iglesia o de algún vecino, algo que contribuya a nuestra articulación y al tratamiento del paciente. (E12)*

Estas declaraciones destacan la importancia de las acciones intersectoriales como estrategia para garantizar la equidad y la promoción de la salud para lograr una atención integral. La intersectorialidad permite integrar diferentes sectores más allá de la salud, en pro de una atención integral a través de la articulación de diferentes actores sociales y políticos, que involucran también diferentes recursos y niveles de complejidad[25].

Los entrevistados informaron el papel que juega el trabajo en equipo y la colaboración en la gestión como factores esenciales para la longitudinalidad de la atención:

> *Reuniones de equipo para definir qué pacientes requieren mayor atención. (E5)*
>
> *El equipo multidisciplinario es muy importante para el proceso. Porque una sola categoría no puede brindarle un tratamiento completo al paciente. (E12)*
>
> *Cuando el equipo está unido e integrado, se obtiene una mejor atención. (E1)*

El trabajo en equipo se ha destacado como una estrategia eficaz en la atención de la salud, no sólo ante los cambios en el perfil epidemiológico de la población, sino también ante la creciente complejidad de las necesidades. Este enfoque mejora la atención de calidad e integral, y al mismo tiempo tiende a proporcionarles una mayor satisfacción a los profesionales[26].

Los profesionales entrevistados destacaron la importancia de la colaboración de la gestión para la longitudinalidad de la atención, la adecuada prestación de los servicios disponibles y el buen funcionamiento de la unidad.

> *Clínica con buena organización de gestión, organización del trabajo, de los sectores, de los profesionales, esto permite una mejor ejecución del trabajo sin sobrecargar al profesional. (E7)*

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

Gestión, nunca nos quedamos sin material para trabajar [...] si queremos realizar una gran acción, tenemos ese recurso. (E5)

La ayuda de la dirección y el apoyo de la unidad también ayuda mucho. (E1)

Además de las habilidades de liderazgo, gestión de recursos, personal y materiales, el desempeño de dicho profesional debe basarse en la práctica colaborativa, procurando la integración entre los servicios, entre los profesionales y fortaleciendo habilidades y actitudes[27].

Por consiguiente, se observó que las acciones y servicios que los entrevistados consideraron esenciales para la continuidad de la atención involucran las prácticas profesionales de los enfermeros directamente relacionadas con el paciente, las actividades en el territorio y el trabajo en equipo de manera multiprofesional.

También se destacó la importancia de la gestión de los servicios y de las acciones intersectoriales, para lograr una atención centrada en el individuo que satisfaga las diferentes necesidades, teniendo en cuenta la complejidad y la especificidad en pro de la continuidad de la atención a los pacientes con condiciones crónicas.

Limitaciones del estudio

El hecho de haber realizó el estudio en una sola unidad de la ESF de la ciudad de Río de Janeiro, el pequeño número de participantes y la inclusión de pacientes que ya habían sido sometidos a procedimientos quirúrgicos se destacan como factores limitantes de este estudio, que impiden la generalización de los resultados y destacan que es necesario llevar a cabo más investigaciones sobre el tema.

CONSIDERACIONES FINALES

En lo que respecta a las prácticas de cuidado realizadas, los participantes demostraron que se esforzaron para poder fortalecer el vínculo, identificar necesidades de salud más amplias, promover la autonomía y la participación activa del paciente en su plan terapéutico.

En relación a las acciones y servicios esenciales para la continuidad de la atención, se destacó la mirada holística, la escucha activa y el papel del ACS en el territorio y el trabajo en equipo. Sin embargo, para que estas acciones sean efectivas, es necesario implementar procesos de educación permanente en salud con el objetivo de reducir las dificultades que informaron los participantes, como la poca capacitación de los ACS y los conflictos y dificultades del trabajo multidisciplinario.

Otros puntos destacados fueron el papel de las prácticas intersectoriales y las redes de apoyo de los entrevistados. Si bien la intersectorialidad fue destacada como un aspecto esencial, los participantes mencionaron que tenían dificultades para garantizar dicha práctica, y señalaron problemas que van más allá del sector salud y la dificultad de articulación con otros sectores, que afectan la integralidad de la atención.

En cuanto a las dificultades que plantearon los participantes, se observaron rotación profesional, sobrecarga de trabajo, conflictos entre los miembros del equipo multidisciplinario y poca capacitación de los ACS, aspectos que perjudican la continuidad de la atención y afectan negativamente la calidad de la atención que se brinda.

Como propuesta para mejorar dicha situación, se sugiere adoptar estrategias dirigidas a fortalecer el vínculo, concientizar sobre la importancia del trabajo en equipo y mejorar las acciones intersectoriales. Esto implica articular la gestión con el resto de los sectores para fortalecer la intersectorialidad, crear espacios de debate, capacitación continua e incentivar la mejora técnico-científica y la práctica colaborativa, con el objetivo de asegurar la continuidad de la atención a los pacientes con condiciones crónicas.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DBtrasília: iário Oficial da União; 2010. [cited 2024 Feb 18]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2024 Feb 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
3. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. Rev Bras Enferm. 2018 [cited 2024 Feb 18]; 71:546–53. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490.
4. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. Ciênc. saúde coletiva. 2020 [cited 2024 Feb 18]; 25(5):1799–808. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019.
5. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019 [cited 2024 Feb 18]; 27:e3162. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82615

7. Oliveira DC. Theme/category-based content analysis: a proposal for systematization. Rev. enferm. UERJ. 2008 [cited 2024 Feb 20]; 16(4):569-76. Available from: http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf.
8. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competences of nurses in the Family health Strategy. Esc Anna Nery. 2020 [cited 2024 Feb 26]; 24(2):e20190145. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145.
9. Favaro LC, Marcon SS, Nass EMA, Reis P, Ichisato SMT, Bega AG, et al. Nurse's perception on assistance to children with special health needs in primary care. REME – Rev Min Enferm. 2020 [cited 2024 Feb 26]; 24:e-1277. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200006.
10. Oliveira LGF, Fracolli LA, Pina-Oliveira AA, Gryschek ALFPL, Campos DS, Silva LA, et al. RAZÕES DA rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado. Rev. Interfaces. 2024 [cited 2024 nov 19]; 12(3):4441-9. DOI: https://doi.org/10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4441-4449.
11. Schimith MD, Cezar-Vaz MR, Xavier DM, Cardoso LS. Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. Rev Latino-Am Enfermagem. 2021 [cited 2024 Feb 27]; 29:e3390. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.4044.3390.
12. Soares DA, Kochergin CN, Mistro S, Macedo JCL, Carvalho VCHS. Atenção Primária à Saúde abrangente: análise a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família frente às doenças crônicas. Physis. 2024 [cited 2024 nov 19]; 34:e34015. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434015pt.
13. Silva CTS, Assis MMA, Espíndola MMM, Nascimento MAAN, Santos AM. Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Rev. Enferm. UFSM. 2021 [cited 2024 nov 18]; 11:e30. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769246850.
14. Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM. Primary Health Care accessibility in Brazil: User's evaluation. Cad. saúde colet. 2020 [cited 2024 Mar 02]; 28(2):288–301. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288.
15. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. Ciênc saúde coletiva. 2019 [cited 2024 Mar 02]; 24(4):1369–80. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019.
16. Marinho MNASB, Alencar OM, Castro Júnior AR, Silva MRF. Educação em saúde na estratégia saúde da família: saberes e práticas de enfermeiros – revisão integrativa. Saúde Redes. 2022 [cited 2024 Mar 02]; 8(1):233-47 DOI: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n1p233-247.
17. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Health education in primary care: a look under the perspective of users of the healthcare system. Saúde Soc. 2023 [cited 2024 nov 18]; 32(4):e211009en. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023211009en.
18. Almeida MS, Melo RHV, Vilar RLA, Silva AB, Melo ML, Júnior AM. A Educação Popular em Saúde com grupos de idosos diabéticos na Estratégia Saúde da Família: uma pesquisa-ação. Rev. Ciênc. Plural. 2019 [cited 2024 nov 18]; 5(2):68-93. DOI: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n2ID16954.
19. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2024 Mar 03]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
20. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Supply of Integrative and Complementary Health Practices in the Family Health Strategy in Brazil. Cad. Saúde Pública. 2020 [cited 2024 Mar 03]; 36(1):e00208818. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818.
21. Fernandes BCG, Silva Júnior JNB, Guedes HCS, Macedo DBG, Nogueira MF, Barrêto AJR. Use of technologies by nurses in the management of primary health care. Rev Gaúcha Enferm. 2021 [cited 2024 Mar 03]; 42(spe):e20200197. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200197.
22. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. Surveillance of the territory in health in primary care: the contribution of the Community Health Worker in the continuity of care. Saúde debate. 2018 [cited 2024 Mar 03]; 42(119):940–51. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912.
23. Dias JR. A Política Nacional de Atenção Básica 2017: repercussões nas práticas de saúde de enfermeiros e agentes comunitários de saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2021 [cited 2024 Mar 03]; Available from: http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/18637.
24. Lima LAR, Santos BB, Barros CL, Santos AL. Concept and implementation of the person-centered care in medical perspective of family health strategy. Braz. J. Develop. 2020 [cited 2024 Mar 07]; 16(9):73786-99. DOI: https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-728.
25. Prado NMBL, Aquino R, Hartz ZMA, Santos HLPC, Medina MG. Revisiting definitions and natures of intersectoriality: a theoretical essay. Ciênc. saúde coletiva 2022 [cited 2024 Mar 04]; 27(2):593–602. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.47042020.
26. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Teamwork: revisiting the concept and its developments in inter-professional work. Trab educ saúde. 2020 [cited 2024 Mar 04]; 18:e0024678. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246.
27. Albuquerque IMN, Cunha ICKO, Ribeiro MA, Silveira NC, Nascimento ABO. Management in Family Health Strategy: validity process for assessing competences. Acta paul enferm. 2023 [cited 2024 Mar 04]; 36:eAPE00532. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00532.

Contribuiciones de los autores

Concepción, F.N.A.S. y S.A.; metodología, F.N.A.S. y S.A.; validación, F.N.A.S. y S.A.; análise formal, F.N.A.S. y S.A.; investigación, F.N.A.S. y S.A.; obtención de recursos, S.A.; curaduría de datos, F.N.A.S., R.C.A. y S.A.; redacción – original preparación de borradores, F.N.A.S., R.C.A. y S.A.; revisión y edición, F.N.A.S., R.C.A. y S.A.; visualización, F.N.A.S., R.C.A. y S.A.; supervisión, S.A.; administración del proyecto, S.A. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.