RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

COMUNICAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS ALTA HOSPITALAR: PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Vitória Carolina Da Silveira (vitoriacarolinasilveira16@gmail.com)

Caroline Cechinel Peiter (caroline.cechinel@ufsc.br)

José Luís Guedes Dos Santos (santosjlg29@gmail.com)

Amanda Batista Rosa (amandabatistarosa@gmail.com)

Giovanna Rocha Da Rosa (giovanna.ufsc25@gmail.com)

Gabriela Marcellino De Melo Lanzoni (gabimrc@gmail.com)

Comunicação para a continuidade do cuidado após alta hospitalar: perspectiva de enfermeiros da atenção primária

INTRODUÇÃO

A fragmentação do cuidado é definida pela falta de ordenação e integração adequada entre os profissionais da saúde durante o atendimento multiprofissional. Esta problemática está presente em diversos países e, por

isso, é considerada um desafio global que aumenta a demanda e os custos em saúde1. No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) comanda e ordena os cuidados dos serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo considerada a principal porta de entrada para o cuidado assistencial e responsável por integrar as RAS2.

Diante disso, os mecanismos de integração entre os níveis de atenção, referência e contrarreferência, são essenciais para o funcionamento efetivo das RAS e a continuidade do cuidado, pois permitem uma comunicação eficaz entre os diferentes serviços. A referência é definida pelo encaminhamento do paciente da APS para níveis assistenciais mais complexos. Já a contrarreferência corresponde ao retorno do paciente para o cuidado assistencial da APS3.

Assim, a continuidade assistencial é definida como a articulação e conexão dos cuidados prestados ao indivíduo ao longo do tempo, permitindo visualizar a integralidade da assistência nos diferentes níveis de atenção4. Contudo, os momentos de alta-hospitalar, ainda representam riscos de fragmentação do cuidado, comprometendo a segurança e a saúde do indivíduo, além de aumentar os índices de reinternações, o que reforça a necessidade de uma comunicação eficaz entre a equipe multiprofissional e as RAS5.

Entretanto, a falta de articulação e comunicação entre os serviços, associada ao desconhecimento sobre as RAS pelos profissionais de saúde, reforça as barreiras que dificultam a implementação de estratégias similares. Dessa forma, é de suma importância garantir que os dados provenientes da atenção secundária ou terciária sejam repassados na íntegra, de forma clara e compreensível, para que sejam utilizados nas intervenções posteriores, fortalecendo o vínculo contínuo entre os níveis de atenção3.

Assim, indaga-se: qual é a percepção dos enfermeiros da APS da Grande Florianópolis sobre as estratégias de comunicação para continuidade do cuidado de pacientes contrarreferenciados após alta-hospitalar?

OBJETIVO

Este estudo teve o objetivo de compreender a perspectiva dos enfermeiros da APS sobre as estratégias de comunicação para a continuidade do cuidado de após a alta de hospitais de grande porte de uma capital no Sul do Brasil.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, desenvolvida em unidades de APS, em dois municípios de grande porte de uma região metropolitana no Sul do Brasil. Participaram do estudo 26 enfermeiros atuantes na APS dos dois municípios incluídos na pesquisa, a partir da técnica de bola de neve. Foram incluídos na pesquisa enfermeiros que atuavam nas unidades de saúde dos municípios onde foi realizado o estudo, atuantes nas atividades assistenciais ou de gestão. Foram excluídos profissionais que estavam afastados das atividades no momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas em ambiente reservado, de modo a garantir a privacidade do participante, com dia, local e horário adaptado segundo a sua preferência e disponibilidade. As entrevistas foram audiogravadas por meio de ferramentas digitais e posteriormente transcritas integralmente. A coleta de dados foi finalizada ao atingir-se a saturação dos dados. A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, CAAE: 87306325.3.0000.0121. A pesquisa seguiu os preceitos das resoluções 466/2012 e 510/2016, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os depoimentos dos participantes serão identificados no texto por pseudônimos (E1, E2, E3…).

RESULTADOS

A partir da análise dos dados revelaram-se quatro categorias. A categoria “Estratégias de comunicação para a continuidade do cuidado na APS” retrata as estratégias de comunicação para a continuidade assistencial mais utilizadas na

APS. Foi destacado o uso do e-mail, telefone e sumário de alta como meios de comunicação para organização e suporte da contrarreferência. Contudo, este, por depender do paciente para que a comunicação aconteça, o risco de fragmentação do cuidado é alta. Também foi relatada uma forma de comunicação alternativa, feita por meio de familiares e vizinhos.

“Então, eu acho nesse caso quando a gente recebe o e-mail acho que ela é bem interessante, é efetiva, a gente normalmente recebe logo em seguida que o usuário recebeu a alta. Então, a gente recebe e a gente consegue dar continuidade no atendimento.” (E01)

“Às vezes o paciente é contrarreferenciado com o sumário de alta e o paciente não traz o sumário de alta. Ele perde, né? Ele não tem informação. Então assim, a folha é muito fácil de perder.” (E23)

Na categoria “Estratégias de acompanhamento e monitoramento no contexto comunitário pela APS”, foram apresentados os métodos adotados pelos profissionais para o contato direto com o paciente, incluindo agendamentos, acompanhamentos e orientações. Teve destaque a busca ativa após a chegada do e-mail de contrarreferência, como as visitas domiciliares e agendamento de consultas. Nesse sentido, a condição clínica do paciente fundamenta a priorização dos profissionais sobre a conduta a ser adotada para garantir a continuidade do cuidado

“Quando a gente recebe por e-mail que é a grande maioria dos casos, a gente primeiro faz busca ativa com o agente comunitário.” (E01)

“Então geralmente depende da maneira com que o paciente está. É um pós-operatório tranquilo, o paciente está deambulando, não tem restrição, pode vir na UBS, a gente acaba agendando consulta.” (E10)

A categoria “Comunicação como elemento central para a continuidade do cuidado” retrata o processo de comunicação entre os níveis de atenção à saúde e evidencia as limitações ocasionadas pelas instituições e as trocas de informações para uma assistência contínua. No que diz respeito à comunicação entre a atenção terciária e a APS, esta é considerada frágil, de forma que ambos desconhecem as funções exercidas nos respectivos locais, resultando

no baixo índice de contrarreferências para as APS. Os entrevistados apontaram que a quebra da comunicação acarreta no desconhecimento sobre o histórico clínico do paciente, gerando transtornos institucionais e financeiros além de agravar a descontinuidade do cuidado.

“Sempre foi, na verdade, a atenção básica foi sempre desconexa dessa atenção terciária. Parece que eles não sabem como é que a gente trabalha, a gente também não sabe como eles trabalham. E realmente não tem uma comunicação.” (E26)

“Porque às vezes [se não acontece a contrarreferência] a gente nem sabe que o paciente internou, não sabe, porque às vezes eles não vem aqui nos avisar.” (E26)

A categoria “Dificuldades e necessidades de melhorias para a continuidade do cuidado” abordou os principais desafios e necessidades de melhoria na visão dos entrevistados a fim de garantir a transição efetiva do cuidado. Quanto às barreiras, foi relatado pelos enfermeiros a existência de obstáculos estruturais, organizacionais, assistenciais e de acesso, além de desafios associados ao próprio processo de cuidado do paciente. No que diz respeito às melhorias, foi relatado a necessidade de integração entre os níveis de atenção à saúde, além da estruturação das contrarreferência, criação de estratégias para acompanhar evolução clínica e contínua capacitação profissional.

“Já tive pacientes do Hospital X que foi realizada essa contrarreferência, e depois outros não, entendeu? Mas a gente não sabe como é que funciona também.” (E09)

“Padronizar a forma de como deve acontecer tanto a referência como a contrarreferência. Porque daí a gente vai ter isso no papel, o passo a passo de como tem que ser feito, e todos fazerem corretamente, seguirem como realmente um protocolo.” (E08)

CONCLUSÃO

Conclui-se que os hospitais utilizam instrumentos de comunicação para alcançar a continuidade assistencial, tal qual a APS utiliza de recursos para assegurar a manutenção contínua. Entretanto, ao observar a realidade, fica notório a série de barreiras que circundam esse processo. Sendo assim, torna-se imprescindível não só aprimorar instrumentos já existentes, mas também inovar e incentivar novas abordagens e técnicas, visando o acesso integral à saúde previstos em lei.

REFERÊNCIAS

1. Ando T, Sasaki T, Abe Y, Nishimoto Y, Hirata T, Haruta J, et al. Measurement of polydoctoring as a crucial component of fragmentation of care among patients with multimorbidity: cross-sectional study in Japan. J Gen Fam Med. 2023;24(6):343-349. doi:10.1002/jgf2.651.

2. Mesquita ALM, Araújo Júnior DG, Gomes FMB, Ximenes Neto FRG, Lira RCM, Marinho GM, et al. Atenção primária à saúde enquanto ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. Contrib Cienc Soc. 2023;16(12). doi:10.55905/revconv.16n.12-068.

3. Marrafon CB, Alcantra DS, Magalhães CCRGN, Buges NM, Melo MP, Costa GD. Referência e contrarreferência na atenção primária. Cuad Educ Desarro. 2024;16(8):1-17. doi:10.55905/cuadv16n8-001.

4. Lima LS, Bernardino E, Silva OBM, Peres AM, Trigueiro TH. Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. Rev Eletron Enferm. 2023;25:e73154. doi:10.5216/ree.v25.73154.

5. Belga SMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. Saude Debate. 2022;46(133):551-570. doi:10.1590/0103-1104202213321.

Communication for Continuity of Care After Hospital Discharge: Perspectives of Primary Health Care Nurses

INTRODUCTION

Fragmentation of care is defined as the lack of proper coordination and integration among healthcare professionals during multidisciplinary care delivery. This issue is present in several countries and is therefore considered a global challenge that increases healthcare demand and costs[1]. In the Brazilian context, Primary Health Care (PHC) coordinates and organizes care within Health Care Networks (HCNs), being considered the main gateway to healthcare services and responsible for integrating the HCNs[2].

In this regard, mechanisms of integration between levels of care, referral, and counter-referral are essential for the effective functioning of HCNs and continuity of care, as they enable effective communication among different services. Referral is defined as the process of directing patients from PHC to more complex levels of care. Counter-referral, in turn, corresponds to the patient's return to PHC for continued healthcare management[3].

Thus, continuity of care is defined as the articulation and connection of care provided to individuals over time, allowing a comprehensive view of healthcare across different levels of care4. However, hospital discharge remains a critical moment that poses risks of care fragmentation, compromising patient safety and health, as well as increasing readmission rates, thereby reinforcing the need for effective communication among multidisciplinary teams and HCNs5.

Nevertheless, the lack of coordination and communication among services, combined with healthcare professionals' limited knowledge of HCNs, reinforces barriers that hinder the implementation of similar strategies. Therefore, it is essential to ensure that information from secondary and tertiary care is transferred completely, clearly, and comprehensibly so that it can be used in subsequent interventions, strengthening the continuous link among levels of care[3].

Therefore, the following question was raised: What is the perception of PHC nurses from the Greater Florianópolis region regarding communication strategies for continuity of care for counter-referred patients after hospital discharge?

OBJECTIVE

This study aimed to understand the perspectives of PHC nurses regarding communication strategies for continuity of care after discharge from large hospitals located in a capital city in southern Brazil.

METHOD

A qualitative exploratory-descriptive study was conducted in PHC units in two large municipalities within a metropolitan region in southern Brazil. Twenty-six PHC nurses from the two municipalities participated in the study, selected through the snowball sampling technique.

The inclusion criteria comprised nurses working in healthcare units within the municipalities where the study was conducted, performing either clinical or managerial activities. Professionals who were absent from their duties during data collection were excluded.

Data were collected through semi-structured interviews conducted in private settings to ensure participants' confidentiality, with date, location, and time adjusted according to their preferences and availability. Interviews were audio-recorded using digital tools and subsequently transcribed verbatim. Data collection ended upon reaching data saturation. Data were analyzed using content analysis.

The study was approved by the Research Ethics Committee involving Human Subjects (CAAE: 87306325.3.0000.0121). The research followed the principles established by Resolutions 466/2012 and 510/2016, and all participants signed an informed consent form. Participants' statements were identified using pseudonyms (N1, N2, N3…).

RESULTS

Data analysis revealed four categories. The category “Communication strategies for continuity of care in PHC” describes the communication strategies most frequently used in PHC to support continuity of care. The use of e-mail, telephone, and discharge summaries was highlighted as communication tools for organizing and supporting the counter-referral process. However, because these mechanisms often depend on the patient to complete the communication process, the risk of care fragmentation remains high. Alternative communication methods involving family members and neighbors were also reported.

“So, I think that when we receive an e-mail, it is very interesting and effective. We usually receive it shortly after the patient is discharged. Then we receive it and can continue the care process.” (N01)

“Sometimes the patient is counter-referred with the discharge summary, but they do not bring it. They lose it, right? Then there is no information. The document is very easy to lose.” (N23)

The category “Follow-up and monitoring strategies in the community context by PHC” presents the methods adopted by professionals to establish direct contact with patients, including appointments, follow-up activities, and guidance. Active outreach after receiving the counter-referral e-mail was highlighted, including home visits and scheduling consultations. In this context, the patient’s clinical condition determines the prioritization of professional actions to ensure continuity of care.

“When we receive the e-mail, which happens in most cases, we first conduct active outreach through the community health worker.” (N01)

“It usually depends on the patient’s condition. If it is a simple postoperative case, the patient is ambulatory and has no restrictions, they can come to the PHC unit, and we schedule an appointment.” (N10)

The category “Communication as a central element for continuity of care” describes the communication process among different levels of healthcare and

highlights limitations imposed by institutions and information exchange processes. Communication between tertiary care services and PHC was considered fragile, with both sides often lacking knowledge about each other's roles and responsibilities, resulting in a low rate of counter-referrals to PHC.

Interviewees indicated that communication breakdowns lead to a lack of knowledge regarding patients' clinical histories, generating institutional and financial burdens and further aggravating discontinuity of care.

"It has always been that way. Primary care has always been disconnected from tertiary care. It seems they do not know how we work, and we do not know how they work. There is really no communication." (N26)

"Because sometimes, if the counter-referral does not happen, we do not even know that the patient was hospitalized. We simply do not know, because they do not come here to tell us." (N26)

The category "Difficulties and needs for improvement in continuity of care" addressed the main challenges and improvement needs identified by participants to ensure effective care transitions. Nurses reported structural, organizational, clinical, and access-related barriers, as well as challenges associated with the patient care process itself.

Regarding improvements, participants emphasized the need for stronger integration among healthcare levels, better structuring of counter-referral processes, creation of strategies to monitor patients' clinical progress, and ongoing professional training.

"I have had patients from Hospital X for whom a counter-referral was performed, while for others it was not. But we do not know exactly how it works." (N09)

"Standardizing how both referral and counter-referral should occur would help. Then we would have it documented, with step-by-step instructions, and everyone could follow the protocol correctly." (N08)

CONCLUSION

It can be concluded that hospitals use communication tools to promote continuity of care, just as PHC employs resources to ensure ongoing follow-up. However, when observing real-world practice, it becomes evident that numerous barriers surround this process.

Therefore, it is essential not only to improve existing instruments but also to innovate and encourage new approaches and techniques aimed at ensuring comprehensive access to healthcare as guaranteed by law.

REFERENCES

1. Ando T, Sasaki T, Abe Y, Nishimoto Y, Hirata T, Haruta J, et al. Measurement of polydoctoring as a crucial component of fragmentation of care among patients with multimorbidity: cross-sectional study in Japan. J Gen Fam Med. 2023;24(6):343-349. doi:10.1002/jgf2.651.

2. Mesquita ALM, Araújo Júnior DG, Gomes FMB, Ximenes Neto FRG, Lira RCM, Marinho GM, et al. Atenção primária à saúde enquanto ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. Contrib Cienc Soc. 2023;16(12). doi:10.55905/revconv.16n.12-068.

3. Marrafon CB, Alcantra DS, Magalhães CCRGN, Buges NM, Melo MP, Costa GD. Referência e contrarreferência na atenção primária. Cuad Educ Desarro. 2024;16(8):1-17. doi:10.55905/cuadv16n8-001.

4. Lima LS, Bernardino E, Silva OBM, Peres AM, Trigueiro TH. Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. Rev Eletron Enferm. 2023;25:e73154. doi:10.5216/ree.v25.73154.

5. Belga SMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. Saude Debate. 2022;46(133):551-570. doi:10.1590/0103-1104202213321.

Comunicación para la Continuidad del Cuidado Después del Alta: Perspectiva de Enfermeros de Atención Primaria

INTRODUCCIÓN

La fragmentación del cuidado es la falta de coordinación e integración adecuadas entre los profesionales de la salud durante la atención multiprofesional. Esta problemática está presente en diversos países y, por ello, se considera un desafío global que incrementa la demanda y los costos en salud[1]. En Brasil, la Atención Primaria de Salud (APS) coordina y ordena la atención dentro de las Redes de Atención a la Salud (RAS), siendo considerada la principal puerta de entrada al sistema y responsable de integrar las RAS[2]. En este sentido, los mecanismos de integración entre los niveles de atención, referencia y contrarreferencia son esenciales para el funcionamiento efectivo de las RAS y para la continuidad del cuidado, ya que permiten una comunicación eficaz entre los diferentes servicios. La referencia es la derivación del paciente desde la APS hacia niveles asistenciales de mayor complejidad. Por su parte, la contrarreferencia corresponde al retorno del paciente a la APS para la continuidad de la atención[3]. Así, la continuidad asistencial es la articulación y conexión de los cuidados brindados al individuo a lo largo del tiempo, permitiendo visualizar la integralidad de la atención en los diferentes niveles asistenciales4. Sin embargo, los momentos de alta hospitalaria continúan representando riesgos de fragmentación del cuidado, comprometiendo la seguridad y la salud de los pacientes, además de incrementar las tasas de rehospitalización, lo que refuerza la necesidad de una comunicación eficaz entre el equipo multiprofesional y las RAS5. No obstante, la falta de articulación y comunicación entre los servicios, asociada al desconocimiento de las RAS por parte de los profesionales de la salud, refuerza las barreras que dificultan la implementación de estrategias similares. Por ello, resulta fundamental garantizar que la información proveniente de la atención secundaria o terciaria sea transmitida de manera íntegra, clara y comprensible, para que pueda ser utilizada en intervenciones posteriores, fortaleciendo el vínculo continuo entre los niveles de atención[3]. Ante ello, surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la

percepción de los enfermeros de la APS de la Gran Florianópolis sobre las estrategias de comunicación para la continuidad del cuidado de pacientes contrarreferenciados después del alta hospitalaria?

OBJETIVO

Comprender la perspectiva de los enfermeros de la Atención Primaria de Salud sobre las estrategias de comunicación para la continuidad del cuidado después del alta de hospitales de gran porte ubicados en una capital del sur de Brasil.

MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa, exploratorio-descriptiva, desarrollada en unidades de Atención Primaria de Salud de dos grandes municipios de una región metropolitana del sur de Brasil. Participaron 26 enfermeros que trabajaban en la APS de los municipios incluidos en el estudio, seleccionados mediante la técnica de muestreo en bola de nieve. Se incluyeron enfermeros que ejercían actividades asistenciales o de gestión en las unidades de salud de los municipios investigados. Fueron excluidos los profesionales ausentes en sus funciones durante el período de recolección de datos. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, llevadas a cabo en ambientes reservados para garantizar la privacidad de los participantes. La fecha, el lugar y el horario fueron definidos según las preferencias y disponibilidad de cada entrevistado. Las entrevistas fueron grabadas en audio mediante herramientas digitales y transcritas íntegramente. La recolección de datos finalizó al alcanzarse la saturación teórica. El análisis se realizó mediante análisis de contenido. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (CAAE: 87306325.3.0000.0121). El estudio siguió los principios establecidos en las Resoluciones 466/2012 y 510/2016, y todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. Los testimonios fueron identificados mediante seudónimos (E1, E2, E3…).

RESULTADOS

Del análisis de los datos emergieron cuatro categorías. La categoría “Estrategias de comunicación para la continuidad del cuidado en la APS”

describe las estrategias de comunicación más utilizadas para garantizar la continuidad asistencial. Se destacó el uso del correo electrónico, el teléfono y el informe de alta como medios de comunicación para la organización y el apoyo de la contrarreferencia. Sin embargo, debido a que estos mecanismos dependen frecuentemente del paciente para que la comunicación se concrete, el riesgo de fragmentación del cuidado es elevado. También se reportaron formas alternativas de comunicación realizadas a través de familiares y vecinos.

“Entonces, creo que cuando recibimos el correo electrónico es muy interesante y efectivo. Normalmente lo recibimos poco después de que el usuario recibe el alta. Así, recibimos la información y podemos dar continuidad a la atención.” (E01)

“A veces el paciente es contrarreferenciado con el informe de alta y no lo trae. Lo pierde, ¿verdad? Entonces no hay información. Ese documento es muy fácil de perder.” (E23)

La categoría “Estrategias de seguimiento y monitoreo en el contexto comunitario por la APS” presentó los métodos adoptados por los profesionales para establecer contacto directo con el paciente, incluyendo programación de consultas, seguimiento y orientación. Se destacó la búsqueda activa después de recibir el correo electrónico de contrarreferencia, mediante visitas domiciliarias y programación de consultas. En este sentido, la condición clínica del paciente fundamenta la priorización de las acciones necesarias para garantizar la continuidad del cuidado.

“Cuando recibimos el correo electrónico, que es la gran mayoría de los casos, primero realizamos una búsqueda activa con el agente comunitario de salud.” (E01)

“Generalmente depende de cómo se encuentre el paciente. Si se trata de un postoperatorio tranquilo, el paciente camina y no tiene restricciones, puede acudir a la unidad de salud y programamos una consulta.” (E10)

La categoría “La comunicación como elemento central para la continuidad del cuidado” retrata el proceso de comunicación entre los diferentes niveles de atención, evidenciando limitaciones ocasionadas por las instituciones y por los

procesos de intercambio de información. En cuanto a la comunicación entre la atención terciaria y la APS, esta fue considerada frágil, ya que ambos niveles desconocen las funciones desempeñadas por el otro, lo que resulta en un bajo índice de contrarreferencias hacia la APS. Los entrevistados señalaron que la interrupción de la comunicación genera desconocimiento sobre la historia clínica de los pacientes, ocasionando impactos institucionales y financieros, además de agravar la discontinuidad del cuidado.

“Siempre ha sido así. La atención primaria siempre ha estado desconectada de la atención terciaria. Parece que ellos no saben cómo trabajamos nosotros y nosotros tampoco sabemos cómo trabajan ellos. Realmente no existe comunicación.” (E26)

“Porque a veces, si la contrarreferencia no ocurre, ni siquiera sabemos que el paciente estuvo hospitalizado. No lo sabemos porque muchas veces ellos no vienen a informarnos.” (E26)

La categoría “Dificultades y necesidades de mejora para la continuidad del cuidado” abordó los principales desafíos y necesidades identificados por los participantes para garantizar una transición efectiva del cuidado. Los enfermeros relataron la existencia de barreras estructurales, organizativas, asistenciales y de acceso, además de desafíos relacionados con el propio proceso de atención al paciente. En cuanto a las mejoras necesarias, destacaron la integración entre los distintos niveles de atención, la estructuración de los procesos de contrarreferencia, la creación de estrategias para monitorear la evolución clínica de los pacientes y la capacitación continua de los profesionales.

“He tenido pacientes del Hospital X para quienes se realizó la contrarreferencia y otros para quienes no. Pero tampoco sabemos exactamente cómo funciona.” (E09)

“Estandarizar la forma en que deben realizarse tanto la referencia como la contrarreferencia. Así tendríamos todo por escrito, con el paso a paso de cómo hacerlo, y todos podrían seguir correctamente el protocolo.” (E08)

CONCLUSIÓN

Los hospitales utilizan instrumentos de comunicación para favorecer la continuidad asistencial, del mismo modo que la APS emplea recursos para garantizar el seguimiento continuo de los pacientes. Sin embargo, al observar la realidad de los servicios, se evidencia la existencia de múltiples barreras que dificultan este proceso. Por lo tanto, resulta imprescindible no solo perfeccionar los instrumentos ya existentes, sino también innovar e incentivar nuevas estrategias y técnicas que favorezcan el acceso integral a la salud garantizado por la legislación vigente.

REFERÊNCIAS

1. Ando T, Sasaki T, Abe Y, Nishimoto Y, Hirata T, Haruta J, et al. Measurement of polydoctoring as a crucial component of fragmentation of care among patients with multimorbidity: cross-sectional study in Japan. J Gen Fam Med. 2023;24(6):343-349. doi:10.1002/jgf2.651.

2. Mesquita ALM, Araújo Júnior DG, Gomes FMB, Ximenes Neto FRG, Lira RCM, Marinho GM, et al. Atenção primária à saúde enquanto ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. Contrib Cienc Soc. 2023;16(12). doi:10.55905/revconv.16n.12-068.

3. Marrafon CB, Alcantra DS, Magalhães CCRGN, Buges NM, Melo MP, Costa GD. Referência e contrarreferência na atenção primária. Cuad Educ Desarro. 2024;16(8):1-17. doi:10.55905/cuadv16n8-001.

4. Lima LS, Bernardino E, Silva OBM, Peres AM, Trigueiro TH. Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. Rev Eletron Enferm. 2023;25:e73154. doi:10.5216/ree.v25.73154.

5. Belga SMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. Saude Debate. 2022;46(133):551-570. doi:10.1590/0103-1104202213321.

Palavras-chave: enfermagem continuidade da assistência ao paciente
administração de serviços de saúde hospitais pesquisa qualitativa.