

ARTIGO ORIGINAL

Prática e gerenciamento do tempo do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na continuidade do cuidado*

Practice and time management of primary health care nurses in continuity of care*

HIGHLIGHTS

1. Maioria das atividades investigadas é habitual na rotina dos enfermeiros.
2. Relação precoce com usuário e entre serviços apoiam cuidados continuados.
3. Estima-se dedicar 30 a 42,5 minutos nas ações realizadas.
4. Há colaboração e qualidade na continuidade do cuidado.

Adriéli Donati Mauro¹ 
Danielle Fabiana Cucolo² 
Marcia Galan Perroca¹ 

RESUMO

Objetivo: Investigar a prática e tempo estimado por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para realizar ações de continuidade do cuidado após alta hospitalar. **Método:** Questionário (Web Survey) contendo 17 atividades validadas foi aplicado junto à 51 enfermeiros de dois municípios do Estado de São Paulo - Brasil, em 2022. A análise ocorreu por meio de medidas de tendência central, testes paramétricos e não paramétricos. **Resultados:** 80,3% das ações ocorrem de forma colaborativa; coordenar atendimentos da equipe, orientação aos usuários sobre a Rede de Atenção à Saúde e agendamento de visitas domiciliares foram atividades predominantes. A qualidade das ações foi percebida como boa e muito boa e o tempo referido de 30 e 42,5 minutos. **Conclusão:** Ações para continuidade do cuidado são desenvolvidas cotidianamente pelos enfermeiros da Atenção Primária e demandam tempo significativo na prática diária. Os achados contribuem para a gestão do processo e da força de trabalho de enfermagem.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Alta do Paciente; Gerenciamento de Prática Profissional; Carga de Trabalho.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Prática e gerenciamento do tempo do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na continuidade do cuidado. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e95970pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.95970pt>

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A continuidade do cuidado do paciente que recebe alta hospitalar requer ações coordenadas nas dimensões informacional, relacional e gerencial para promover boas experiências no atendimento das necessidades e das preferências dos usuários, na coerência da atenção e na integração dos diferentes serviços¹⁻².

Na atenção primária à saúde (APS) as dimensões podem ser exemplificadas pelo resumo de alta, pelo vínculo entre profissional e usuário e pelo acompanhamento longitudinal das intervenções terapêuticas³. O acesso oportuno e a redução no tempo de espera para consulta na APS também são ações que melhoram a percepção do usuário sobre a continuidade do cuidado e evitam a procura por serviços de urgência e emergência⁴. Nesse sentido, a promoção de cuidados continuados pode beneficiar a interação entre profissionais/serviços, o diagnóstico e a adesão às recomendações clínicas, a qualidade dos cuidados, a satisfação dos usuários/famíliares e a redução de custos^{3,5}.

No contexto nacional e internacional, o enfermeiro tem assumido papel estratégico na gestão de casos que necessitam de continuidade em diferentes pontos de atenção à saúde⁶⁻⁸. Além de coordenar os cuidados, é reconhecido como profissional capaz de aproximar os usuários dos demais prestadores e serviços de saúde exercendo a mediação e a facilitação/educação das equipes e da comunidade⁹⁻¹⁰.

Esta prática, todavia, requer colaboração de diferentes profissionais, comunicação efetiva e articulação de intervenções com as equipes e serviços de saúde⁶⁻⁷. Além disso, análise de dissertações e teses brasileiras constatou que ações de coordenação e vínculo com os usuários precisam ser aprimoradas¹¹ e autores realçaram a sobrecarga de trabalho enfrentada por enfermeiros da APS, em alguns cenários, em razão, dentre outros fatores, das múltiplas tarefas assumidas¹²⁻¹³. Este aspecto é tão importante que instituições têm investido em profissionais exclusivos para desenvolverem as atividades de coordenação e continuidade do cuidado considerando a dificuldade de o enfermeiro incorporar mais essa demanda^{8,14}.

Apesar da relevância da temática e dos avanços na prática do enfermeiro da APS, a literatura sobre as atividades realizadas para coordenar e continuar os cuidados de acordo com as necessidades dos usuários ainda é limitada. Uma síntese de evidências, publicada recentemente, identificou que países de baixa e média renda necessitam ampliar estudos sobre a coordenação e continuidade dos cuidados, sobretudo, no contexto da APS⁷.

Diante dessa lacuna, pesquisadoras brasileiras mapearam e validaram ações a serem desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção primária na continuidade do cuidado ao usuário após a alta hospitalar. São 17 ações que apoiam a continuidade informacional, relacional e gerencial no exercício profissional dos enfermeiros como coordenadores do cuidado¹⁵. Este estudo inova ao adotar esta listagem de atividades para reconhecer a prática do enfermeiro da APS, o trabalho interprofissional e o tempo dispensado às ações de continuidade do cuidado ao usuário. Assim, propõe contribuições em resposta às seguintes questões: Após a alta hospitalar, qual a frequência e o momento em que as atividades de continuidade do cuidado ao usuário são realizadas pelo enfermeiro da APS? Existe colaboração interprofissional nessas ações? Quais são os aspectos qualificadores e dificultadores e quanto tempo dedicam à prática de continuar cuidando? Tem como objetivo: investigar a prática e o tempo estimado por enfermeiros da atenção primária à saúde para realizar ações de continuidade do cuidado ao usuário após a alta hospitalar.

MÉTODO

Esta *web survey* foi delineada segundo as diretrizes da *Checklist for Reporting of Survey Studies* (CROSS)¹⁶. Considerou-se como campos de investigação unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) e de Estratégias de Reabilitação de dois municípios do interior do Estado de São Paulo.

A APS 1 encontra-se composta por 25 equipes distribuídas em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), 18 Estratégias de Saúde da Família (ESF), uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e um Consultório na Rua, totalizando 46 enfermeiros. Opera pelo modelo de gestão por Organização Social de Saúde (OSS), alinhada à Secretaria da Saúde do município. No processo de alta responsável, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) responsabiliza-se pelo seguimento dos usuários que demandam cuidados de média e alta complexidade e direciona os de menor complexidade para a unidade de saúde de referência, por meio de correio eletrônico.

A APS 2, gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde do município, organiza-se em 28 UBS, cinco Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), atualmente denominados equipes multiprofissionais de APS (eMulti), dois Consultórios na Rua e SAD, onde atuam 89 enfermeiros. Nela, a articulação para continuidade do cuidado ocorre entre a APS e os demais prestadores de saúde como a Atenção Domiciliar, Atenção Hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio da referência e contrarreferência.

Considerou-se como elegíveis os enfermeiros com, no mínimo, três meses de experiência, envolvidos no processo de alta responsável e ações relativas à continuidade do cuidado excluindo-se aqueles em período de férias ou afastados no momento da coleta de dados. Assim, convidou-se para participar do estudo, 40 enfermeiros da APS 1 e 56 da APS 2.

Um questionário semiestruturado foi elaborado a partir de uma listagem validada¹⁵ de 17 atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da APS para a continuidade do cuidado. Ele foi estruturado em três partes: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com os esclarecimentos sobre a pesquisa; a caracterização dos participantes com dados demográficos e profissionais; e finalizando, a apresentação da listagem das atividades.

Considerou-se como variáveis de interesse: frequência (sempre, às vezes e nunca); momento (dia de recebimento do plano de alta do hospital pela APS em que são realizadas); realização (ação específica do enfermeiro ou colaborativa); profissionais que colaboram; tempo médio estimado para execução em minutos; percepção da qualidade das ações; e, dificuldades vivenciadas na condução do processo. O instrumento foi inserido no aplicativo Google Forms® e testado junto a três enfermeiros das APS. Após efetuados pequenos reajustes obteve-se a versão final.

Houve contato preliminar com as gerentes de enfermagem dos distritos de saúde e da ESF de ambas as localidades para apresentação do projeto e objetivos do estudo. Posteriormente, para recrutamento de potenciais participantes, realizou-se sensibilização com enfermeiros elegíveis apresentando os propósitos do estudo, as possíveis contribuições e o instrumento de coleta de dados. Foram adotadas duas estratégias: presencial, durante uma sessão de Educação Continuada (APS 1); e, de forma remota, via Google Meet®, em data e horário previamente acordados (APS 2).

Os convites aos profissionais, por meio de correio eletrônico com a disponibilização do link de acesso, foram mediados pela coordenadora da educação permanente (APS 1) e gerentes das unidades de saúde (APS 2). Lembretes foram enviados a cada 10 dias. Para evitar múltiplas respostas do mesmo participante, o nome da unidade, equipe de atuação e e-mail de identificação pessoal e profissional foram utilizados. Os dados foram coletados de julho a agosto de 2022.

A análise dos dados foi processada pelo *Software Stats Direct Statistical*, versão 3.3.5 (*StatsDirect Ltd, Wirral, UK*) mediante o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Calculou-se frequência absoluta para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média, mediana e intervalo interquartil) para as numéricas. O Teste do Qui-quadrado foi aplicado nas comparações entre as APS e o teste Exato de Fisher/teste t bicaudal não pareado quando houve valores menores que 5. Para as variáveis numéricas, as comparações ocorreram por meio dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com posterior pós-teste de Conover-Iman. Para as respostas às questões abertas, procedeu-se à categorização.

O projeto foi apreciado pelos gestores da Atenção Primária à Saúde dos municípios investigados e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CAAE 08412019.4.0000.5415 e parecer nº 3.699.970/2019.

RESULTADOS

Retornaram 51 questionários (taxa de resposta de 53,1%). Dentre os que informaram a qualificação profissional, 35 eram especialistas, sete cursaram residência em Gestão na Atenção Básica e dois tinham apenas graduação. Demais dados dos participantes encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil dos enfermeiros das APS campo de estudo. Catanduva, SP, Brasil, 2022

Variáveis	APS 1 (n= 24)	APS 2 (n=27)	Valor p
Sexo (n)			NS
Feminino	23	26	
Masculino	1	1	
Idade (anos)			
M(DP)	32,1(6,6)	36,3(8,3)	NS
Tempo atuação (anos) M (DP)			
Como enfermeiro	5,9(4,2)	8,9(6)	$\leq 0,05^{\dagger}$
Em APS	4,5(3,7)	6,8(5,1)	NS
Local de atuação (N)			
Consultório na rua	1	-	
EMAD	1	7	
UBS	5	18	
USF	17	2	

Legenda: (n=51); APS: Atenção Primária à Saúde; M: média; DP: Desvio padrão; NS: não significante;

† Teste T Bicaudal Não Pareado; EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; UBS: Unidade Básica de Saúde; USF: Unidade de Saúde da Família.

Fonte: Os autores (2022).

Na Tabela 2 encontram-se listadas 17 atividades validadas realizadas por enfermeiros na APS distribuídas de acordo com a ocasião em que são conduzidas, ou seja, no dia do recebimento do plano de alta ou em dias posteriores.

As atividades A1, A2 e A3 são realizadas de acordo com o relato da maioria dos enfermeiros, no mesmo dia em que a APS confirma o recebimento do plano de alta hospitalar; 10/17 ações ocorrem, majoritariamente, no primeiro dia após receber este plano. A orientação ao usuário/família sobre fluxos/processos para obter equipamentos/suprimentos (A7) acontecem tanto no dia do recebimento do plano de alta como no primeiro dia subsequente.

Tabela 2. Momento de realização (valor de N) das atividades a partir do recebimento do plano de alta hospitalar pelas APS investigadas. Catanduva, SP, Brasil, 2022

Atividades	Dia PA	D1	D2-D3	Outro
A1.Comparecimento usuário/familiar [†]	23	18	3	3
A2.Revisar o plano de alta recebido	24	14	4	9
A3.Estabelecer rotina busca ativa [‡]	23	11	5	10
A4.Agendar a visita domiciliar	13	23	6	5
A5.Realizar visita domiciliar inicial	7	16	11	15
A6.Identificar necessidades/equipamentos	9	18	9	12
A7.Orientar usuário/família - fluxos	18	18	4	9
A8.Explicar processos de atendimentos	14	22	4	9
A9.Capacitar cuidadores	12	21	4	11
A10.Realizar procedimentos domicílio	7	11	10	13
A11.Organizar reuniões com a equipe	13	8	10	11
A12.Participar reuniões interprofissionais	11	7	10	14
A13.Coordenar os atendimentos	12	18	6	8
A14.Planejar cuidados junto ao SAD [†] ,	14	18	6	10
A15.Realizar ações educativas - equipe	7	12	8	12
A16.Participar de reuniões com gestores	8	9	4	12
A17.Avaliar o atendimento ao usuário	11	9	12	12

Legenda: (n=51); PA: Plano de Alta; D1: primeiro dia depois do recebimento do plano de alta e assim sucessivamente; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; [†]p <0,05; [‡]p <0,01 (Teste Qui-quadrado); Dados perdidos.

Fonte: Os autores (2022).

Já 3/17 das atividades, tais como participar e/ou coordenar reuniões de planejamento interprofissional (A12), participar de reuniões com gestores dos diferentes níveis de atenção à saúde (A16) e avaliar o atendimento ao usuário/família e discutir com a equipe de saúde as estratégias para qualificação do cuidado (A17), são conduzidas nos diversos dias de atendimento. Houve diferença estatisticamente significativa entre as APS para o momento de realização das atividades A1 (p<0,05), A3(p<0,01) e A14 (p<0,05), na opção dia do plano de alta - APS1>APS2.

No que se refere a frequência de realização das atividades após a alta hospitalar, observou-se que 14 das 17 atividades são conduzidas constantemente pelos enfermeiros. As ações A1- Solicitar comparecimento usuário/familiar à unidade de referência (26/51), A15 - realizar ações educativas para desenvolvimento dos profissionais (25/51) e A16 - participar de reuniões com gestores dos diferentes níveis de atenção à saúde para articulação de ações/fluxos/protocolos relativos à continuidade dos cuidados (27/51) foram relatadas, com mais frequência, como de realização ocasional e em menor percentual como sempre (respectivamente, A1- 22/51, A15 -19/51 e A16 -16/51).

Destacam-se o número de respostas para a opção nunca para estas últimas duas atividades (A15- 7/51 e A16- 8/51, respectivamente); e, também, a diferença estatisticamente significativa entre as APS na distribuição das frequências para as atividades A3 - Estabelecer como rotina busca ativa e A10 - Realizar procedimentos no domicílio, opção sempre, $APS1 > APS2$ ($p < 0,01$, Teste Qui-quadrado).

Considerando o total de respostas para as atividades realizadas nas APS ($n=867$), 80,3% delas são conduzidas de forma colaborativa e 19,7% apenas pelo enfermeiro. Participar de reuniões dos diferentes níveis de atenção à saúde para articulação de ações/fluxos/protocolos relativos à continuidade dos cuidados ($n=19$) foram as atividades mais referidas como tendo participação exclusiva de enfermeiros. Seguem-se outras ações como inteirar-se sobre o plano de alta recebido da instituição hospitalar e recomendar adequações, se necessário a este serviço ($n=18$); coordenar os atendimentos da equipe e as visitas domiciliares ($n=16$); e se necessário; planejar os cuidados junto a outros serviços da rede de atenção à saúde (reabilitação, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD e outros) para a integração do cuidado ($n=15$).

Encontrou-se diferença significativa ($p \leq 0,01$ – Teste Qui- quadrado) entre as APS com relação à participação profissional nas ações. A APS1 conduz suas atividades de forma mais colaborativa (84,8%) quando comparada à APS2 (76,2%). Dentre os 12 profissionais da equipe de saúde citados, destacam-se, como os que mais colaboram nas ações, os auxiliares e técnicos de Enfermagem (17,6%), médico (17,1%), agente comunitário de saúde (10,9%), assistente social (9,4%), nutricionista (8%), psicólogo (7,5%) e fisioterapeuta (7,2%). Não houve diferença significativa (Teste de Mann-Whitney) na composição das equipes entre as APS.

A Tabela 3 destaca os achados quanto aos aspectos da qualidade das ações desenvolvidas na perspectiva dos participantes. Os enfermeiros da APS1 atribuíram escore médio variando de Md 3,5(1) (boa) a 4(1) (muito boa). Na APS 2, o escore foi de 3(1) (boa) para todo o elenco das atividades. A análise comparativa intergrupos (APS1 e APS2) não evidenciou diferenças significantes (Teste Kruskal-Wallis). Quando ocorreram diferenças intragrupos (APS1 x APS2) os valores atribuídos foram menores na APS2 em relação a APS1.

O tempo médio referido para condução das atividades na APS1 variou de 30 a 60 minutos, perfazendo um total de Md 42,5(40) minutos. Já para a APS2 houve variação de Md 12,5(20) a 60(30) minutos com tempo médio total de Md 30(25) minutos. Na análise intertempos das 17 atividades encontrou-se diferença estatisticamente significativa em 68(50%) das 136 comparações possíveis na APS2 (Pós teste de Conover-Iman). Já para os tempos intergrupos (APS1 x APS2) houve diferença ($p \leq 0,05$ e $p \leq 0,01$) para as atividades 1-4 e 8.

Do total de respostas dos participantes do estudo, 12,7% relataram vivenciar dificuldades para a condução das atividades nas APS, principalmente relacionadas à capacitação dos cuidadores 10(9,1%), comparecimento do usuário/familiar 9(8,2%),

revisão do plano de alta 9(8,2%), procedimentos no domicílio 9(8,2%) e ações educativas junto aos profissionais 8(7,2%). Encontrou-se diferenças entre as APS (APS1 - 7,8% e APS2 17%; $p \leq 0,01$ – Teste Qui-quadrado).

Relacionavam-se à: 1. interação hospital - APS (alta hospitalar do paciente antes da chegada do e-mail da alta qualificada; plano de alta sem especificidade); 2. dinâmica de trabalho nas unidades (chegada de altas em horários de fluxo intenso; alto número de atendimentos por demanda espontânea; demanda aumentada de atividades não privativas do enfermeiro); e 3. usuário/familiar (dificuldade de localização; rompimento de vínculo familiares; comprometimento e resistência dos familiares em seguir orientações; sobrecarga dos cuidadores).

Tabela 3. Qualidade percebida e tempo referido (em minutos) pelos enfermeiros das APS para condução das atividades após a alta hospitalar. Catanduva, SP, Brasil, 2022

ATIVIDADES	APS1		APS2	
	Quali	Tempo	Quali	Tempo
	MD (IIQ)		MD (IIQ)	
A1.Solicitar comparecimento usuário/familiar	3,5(1)	30(36) [†]	3(1)	12,5(20)
A2.Revisar o plano de alta recebido	3,5(1)	30(45) [†]	3(-)	20(20)
A3.Estabelecer como rotina busca ativa	4(1) [†]	30(40) [†]	3(-)	15(20)
A4.Agendar a visita domiciliar	3,5(1)	30(45) [†]	3(1)	20(20)
A5.Realizar visita domiciliar inicial	4(1)	40(40)	3(1)	60(30)
A6.Identificar necessidades/equipamentos	3,5(1)	60(45)	3(1)	30(30)
A7.Orientar usuário/família – fluxo/processos	3,5(1)	60(45)	3(1)	30(10)
A8.Explicar os processos de atendimentos	4(1)	40(45) [†]	3(1)	20(20)
A9.Capacitar cuidadores para o cuidado	4(1)	60(40)	3(1)	30(20)
A10.Realizar procedimentos no domicílio	4(1) [†]	30(40)	3(1)	35(30)
A11.Organizar reuniões com a equipe	4(1)	60(30)	3(1)	30(30)
A12.Participar reuniões interprofissionais	4(1) [†]	60(35)	3(1)	30(-)
A13.Coordenar os atendimentos da equipe	4(1) [†]	60(40)	3(1)	30(22,5)
A14.Planejar cuidados junto ao SAD	4(1) [†]	60(45)	3(1)	30(7,5)
A15.Realizar ações educativas - profissional	3,5(1)	60(40)	3(1)	30(30)
A16.Participar de reuniões com gestores	3,5(1) [†]	45(40)	3(1)	60(30)
A17.Avaliar atendimento de cuidados usuário	4(1) [†]	30(35)	3(1)	30(30)
Tempo médio total – Md(IIQ) [†]	42,5(40)		30(25)	

Legenda: (n=51); APS: Atenção Primária à Saúde; Quali - qualidade; MD - mediana; IIQ - intervalo interquartil (IIQ= Q3-Q1; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; [†]p<0,01; [†]p <0,05 (Teste Mann-Whitney); Escores qualidade: 1. muito deficiente; 2. deficiente; 3. boa; 4. muito boa; 5. Excelente.

Fonte: Os autores (2022).

DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou compreender como os enfermeiros da APS de dois municípios brasileiros atuam para continuar os cuidados ao usuário, após a alta hospitalar, identificando o tempo estimado para esta prática. A maioria das atividades investigadas foi sinalizada como habitual na rotina dos enfermeiros, o que contribui para a qualidade dos cuidados em saúde³.

Destacaram-se ações de coordenação das equipes, de orientação aos usuários sobre a rede de atenção à saúde (RAS) e de agendamento das visitas domiciliares. Esses achados reiteram a interdependência entre coordenação e continuidade dos cuidados e o papel preponderante do enfermeiro na comunicação e articulação com profissionais e usuários para promover cuidado integral e em rede⁶.

Os enfermeiros da APS vêm conquistando espaço social e reconhecimento da equipe de saúde e da comunidade tornando-se referência para ambos¹⁷ e para a coordenação e continuidade dos cuidados⁹⁻¹⁰. Neste contexto, é fundamental refletir sobre o equilíbrio necessário entre as demandas vinculadas à organização do serviço e aquelas relacionadas à assistência direta. Isto quer dizer que, ao assumirem diversas atividades que compõem a dinâmica de funcionamento da unidade, eles podem enfrentar sobrecarga de trabalho e comprometerem a qualidade do cuidado¹⁷.

Este descompasso pode repercutir na priorização de algumas atividades em detrimento de outras, como identificado nesta pesquisa. Solicitar o comparecimento do usuário/família na unidade, realizar ações educativas com a equipe e participar de reuniões com os gestores dos diferentes pontos da RAS foram ações ocasionais na prática dos enfermeiros. É possível inferir que alguns aspectos relacionais, informacionais e gerenciais da continuidade do cuidado não são favorecidos, em alguns cenários, colocando em risco a integralidade e o vínculo longitudinal necessário para a atenção em saúde^{1-2,18}.

Um dos maiores desafios da APS é a integração de seus profissionais com os usuários e entre os níveis de atenção¹⁹. Entre os municípios investigados, a busca ativa e os procedimentos no domicílio ocorreram com maior frequência na APS 1, onde o enfermeiro também atuava mais precocemente, após obter o plano de alta, solicitando o comparecimento do usuário à unidade, direcionando a busca ativa junto aos ACS e planejando os cuidados com o SAD.

Pondera-se aqui a transição do cuidado centrado no SAD (APS 1) e a persistente ineficiência do processo de referência e contrarreferência entre os serviços (APS 2)²⁰⁻²¹, bem como o modelo de trabalho, predominantemente, constituído por ESF na APS 1, que prevê intervenções de cuidado direto junto ao usuário/família, especialmente, na visita domiciliar⁹.

Este estudo não tem a pretensão de indicar o processo ou modelo mais efetivo, apenas enfatiza, como outros autores, que o contato precoce com o usuário e a articulação entre os serviços favorecem a continuidade dos cuidados^{3,18} e precisam ser aprimorados.

A prática colaborativa melhora o trabalho e a comunicação entre as equipes, garante cuidados coordenados, mais previsíveis e seguros⁷. Neste estudo, a colaboração entre a equipe de enfermagem, médicos e ACS foi, majoritariamente, mencionada; o que pode ser esperado por constituírem a equipe mínima e de referência na ESF.

Os enfermeiros também classificaram a qualidade das ações como boa ou muito boa, mas não foram adotadas ferramentas de avaliação específicas ou a experiência dos envolvidos no cuidado para confirmar essa percepção, o que é fortemente indicado para monitorização da continuidade da atenção³. Este aspecto poderia ser melhor explorado em outras investigações.

Dentre as 17 atividades, estimaram dedicar, em média, 30 minutos na APS 2 e 42,5 minutos na APS1 para cada uma delas. Não foram identificados estudos mensurando esta variável, neste contexto, para comparação dos achados. É interessante mencionar que a percepção em relação ao tempo pode diferir quando comparado à técnica de cronometragem apresentando valores superiores ou inferiores²².

Na APS 1 a colaboração e a qualidade das ações de continuidade foram mais expressivas e os enfermeiros demandaram mais tempo no recrutamento dos usuários, na revisão do plano de alta, no agendamento das visitas domiciliares e em orientações dos mesmos. É possível que a experiência profissional tenha influenciado estes resultados e, nesse sentido, os enfermeiros com menor tempo de atuação gastem mais tempo do que aqueles mais experientes; ou qualificam estas ações dedicando mais tempo a elas. Pesquisadores, também, indicam que equipes colaborativas, devidamente dimensionadas, apoiadas pela gestão e com recursos e redes resolutivas, provavelmente, vivenciarão a carga de trabalho de maneira positiva e/ou reduzida¹².

Os participantes vivenciaram dificuldades, especialmente na APS2, para desempenharem as ações e continuarem os cuidados. Dentre elas, a demanda de atendimentos e de atividades não privativas é crescente, o vínculo e a colaboração do usuário/familiar/cuidador são aspectos críticos e a interação entre os profissionais e serviços na RAS é frágil. Outros estudos também abordaram estas questões^{20,23}, mas a presente investigação aponta para a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros em virtude do tempo empregado, em média, para a coordenação e continuidade dos cuidados. Assim, contribui para a gestão da prática e para o planejamento da força de trabalho de enfermagem na APS.

Apesar das diferentes estratégias para sensibilizar coordenadores, gestores e enfermeiros dos municípios investigados e obter ampla participação dos profissionais elegíveis, a baixa adesão dos enfermeiros pode representar uma limitação deste estudo. Além disso, os achados podem diferir de outras regiões do estado e do país.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa fornece um panorama de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da APS na continuidade dos cuidados, em cenários distintos; possibilita comparações entre as práticas e o tempo demandado; subsidia decisões para melhoria de processos, recursos e, consequentemente, da atenção à saúde.

Os resultados ampliam o conhecimento sobre a atuação do enfermeiro nos cuidados continuados e evidenciam a dedicação necessária para ordenar e coordenar a assistência na APS proporcionando cuidado integral e oportuno. O estudo contribui para a gestão do processo de trabalho do enfermeiro no âmbito da APS e destaca a relevância do trabalho em equipe colaborativo para a enfermagem e para a atenção à saúde.

Destaca-se que o tempo estimado não representa um valor padrão para as ações investigadas. São necessários novos estudos para ampliar essa dimensão e reconhecer perspectivas da equipe de saúde e dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* [Internet]. 2003 [cited 2024 Jan 15];327:1219. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
2. World Health Organization (WHO). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. [Internet]. [Genebra]: World Health Organization; 2018 [cited 2024 Jan 10]. 68 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/274628>
3. Alyafei A, Al Marri SS. Continuity of care at the primary health care level: narrative review. *J Family Med Prim Care Open Acc* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 13];4(1):146. Available from: <https://www.gavinpublishers.com/article/view/continuity-of-care-at-the-primary-health-care-level-narrative-review>
4. Cook LL, Golonka RP, Cook CM, Walker RL, Faris P, Spenceley S, et al. Association between continuity and access in primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 13];8(4):E722-30. Available from: <https://www.cmajopen.ca/content/cmajo/8/4/E722.full.pdf>
5. Bazemore A, Merenstein Z, Handler L, Saultz JW. The impact of interpersonal continuity of primary care on health care costs and use: a critical review. *Ann Fam Med* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 14];21(3):274-9. Available from: <https://doi.org/10.1370/afm.2961>
6. dos Santos MT, Halberstadt BMK, da Trindade CRP, Lima MADS, Aued GK. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 14];56:e20220100. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0100en>
7. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 16];23:750. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>
8. Costa MFBNA, de Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 16];53:e03477. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>
9. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competences of nurses in the Family health Strategy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 12];24(2):e20190145. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>
10. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: a scoping review. *Nurs Open* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 12];7(4):1197-207. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.496>
11. Cechinel-Peiter C, Santos JLG, Lanzoni GMM, Menegon FH, Soder RM, Bernardino E. Continuity of health care: analysis of the production of Brazilian theses and dissertations. *REME - Rev Mineira Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 15];25:e-1387. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210035>
12. Biff B, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, et al. Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy. *Ciênc Saude Colet* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 15];25(1):147-58. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>

13. de Pires DEP, Forte ECN, de Melo TAP, Machado CN, de Castro CD, Amadigi FR. Nurses and physicians in the Family Health Strategy: workloads and coping. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 18];25:e67644,. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/67644/41376>
14. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 6];27. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67644>
15. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Nursing actions for continuity of care in primary health care: a validation study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 26];32:e20230058. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0058en>
16. Sharma A, Duc NTM, Thang TLL, Nam NH, Jia Ng S, Abbas KS, et al. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med* [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 27];36(10):3179-87. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>
17. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 26];71(Suppl 1):784-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
18. Kessler M, de Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinality of Primary Health Care: an evaluation from the perspective of users. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 27];32(2):186-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900026>
19. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and coordination of care: device to increase access and improve quality. *Ciêns Saúde Colet* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 27];25(5):1799-808. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
20. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021[cited 2024 Feb 27]; 55: e20210145. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>
21. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 27];41(Spe):e20190155. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
22. Anskär E, Lindberg M, Falk M, Andersson A. Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 27];18:166. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2948-6>
23. Heumann M, Röhnsch G, Zabaleta-Del-Olmo E, Toso BRGO, Giovanella L, Hämel K. Barriers to and enablers of the promotion of patient and family participation in primary healthcare nursing in Brazil, Germany and Spain: A qualitative study. *Health Expect* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 27];26(6):2396-2408. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.13843>

Practice and time management of primary health care nurses in continuity of care***ABSTRACT**

Objective: To investigate the practice and estimated time by primary health care nurses to perform continuity of care actions after hospital discharge. **Method:** A questionnaire (Web Survey) containing 17 validated activities was applied to 51 nurses from two municipalities in the State of São Paulo - Brazil, in 2022. The analysis was conducted through measures of central tendency, parametric and non-parametric tests. **Results:** 80.3% of the actions occur collaboratively; coordinating team care, guiding users about the Health Care Network, and scheduling home visits were predominant activities. The quality of the actions was perceived as good and very good, with the reported time of 30 to 42.5 minutes. **Conclusion:** Actions for continuity of care are developed daily by primary health care nurses and require significant time in daily practice. The findings contribute to the management of the nursing process and workforce.

KEYWORDS: Primary Health Care; Continuity of Patient Care; Patient Discharge; Practice Management; Workload.

Práctica y gestión del tiempo del enfermero de Atención Primaria a la Salud en la continuidad del cuidado***RESUMEN**

Objetivo: Investigar la práctica y el tiempo estimado por enfermeros de Atención Primaria a la Salud para realizar acciones de continuidad del cuidado tras el alta hospitalaria. **Método:** Cuestionario (Web Survey) que contiene 17 actividades validadas fue aplicado a 51 enfermeros de dos municipios del Estado de São Paulo - Brasil, en 2022. El análisis se realizó mediante medidas de tendencia central, pruebas paramétricas y no paramétricas. **Resultados:** El 80,3% de las acciones ocurren de forma colaborativa; coordinar atenciones del equipo, orientación a los usuarios sobre la Red de Atención a la Salud y programación de visitas domiciliarias fueron actividades predominantes. La calidad de las acciones fue percibida como buena y muy buena y el tiempo referido de 30 a 42,5 minutos. **Conclusión:** Las acciones para la continuidad del cuidado son desarrolladas diariamente por los enfermeros de Atención Primaria y requieren un tiempo significativo en la práctica diaria. Los hallazgos contribuyen a la gestión del proceso y de la fuerza laboral de enfermería.

DESCRIPTORES: Atención Primaria a la Salud; Continuidad de la Asistencia al Paciente; Alta del Paciente; Gestión de Práctica Profesional; Carga de Trabajo.

*Artigo extraído da dissertação do mestrado: "Continuidade do cuidado ao paciente após a alta hospitalar: Ações e tempo demandado pelo enfermeiro", Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.

Recebido em: 30/06/2024

Aprovado em: 27/02/2025

Editor associado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor Correspondente:

Adriéli Donati Mauro

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Av. Brig. Faria Lima, 5416 - Vila São Pedro, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

E-mail: drimauro@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo -

Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).