

ARTÍCULO ORIGINAL

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

HIGHLIGHTS

1. La mayoría de las actividades investigadas son habituales en la rutina de los enfermeros.
2. La relación temprana con el usuario y entre servicios apoyan los cuidados continuos.
3. Se estima dedicar de 30 a 42,5 minutos en las acciones realizadas.
4. Hay colaboración y calidad en la continuidad del cuidado.

Adriéli Donati Mauro¹ 
Danielle Fabiana Cucolo² 
Marcia Galan Perroca¹ 

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.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Práctica y gestión del tiempo del enfermero de Atención Primaria a la Salud en la continuidad del cuidado. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e95970es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.95970es>

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

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

INTRODUCCIÓN

La continuidad del cuidado del paciente que recibe alta hospitalaria requiere acciones coordinadas en las dimensiones informacional, relacional y gerencial para promover buenas experiencias en la atención a las necesidades y preferencias de los usuarios, en la coherencia de la atención y en la integración de los diferentes servicios¹⁻².

En la atención primaria a la salud (APS) las dimensiones pueden ejemplificarse por el resumen de alta, por el vínculo entre profesional y usuario y por el seguimiento longitudinal de las intervenciones terapéuticas³. El acceso oportuno y la reducción en el tiempo de espera para consulta en la APS también son acciones que mejoran la percepción del usuario sobre la continuidad del cuidado y evitan la búsqueda de servicios de urgencia y emergencia⁴. En este sentido, la promoción de cuidados continuos puede beneficiar la interacción entre profesionales/servicios, el diagnóstico y la adherencia a las recomendaciones clínicas, la calidad de los cuidados, la satisfacción de los usuarios/familiares y la reducción de costos^{3,5}.

En el contexto nacional e internacional, el enfermero ha asumido un papel estratégico en la gestión de casos que requieren continuidad en diferentes puntos de atención a la salud⁶⁻⁸. Además de coordinar los cuidados, se lo reconoce como un profesional capaz de acercar a los usuarios a los demás proveedores y servicios de salud, ejerciendo la mediación y la facilitación/educación de los equipos y de la comunidad⁹⁻¹⁰.

Esta práctica, sin embargo, requiere colaboración de diferentes profesionales, comunicación efectiva y articulación de intervenciones con los equipos y servicios de salud⁶⁻⁷. Además, el análisis de dissertaciones y tesis brasileñas constató que las acciones de coordinación y vínculo con los usuarios necesitan ser mejoradas¹¹ y autores destacaron la sobrecarga de trabajo enfrentada por enfermeros de la APS, en algunos escenarios, debido, entre otros factores, a las múltiples tareas asumidas¹²⁻¹³. Este aspecto es tan importante que las instituciones han invertido en profesionales exclusivos para desarrollar las actividades de coordinación y continuidad del cuidado, considerando la dificultad de que el enfermero incorpore más esta demanda^{8,14}.

A pesar de la relevancia del tema y de los avances en la práctica del enfermero de la APS, la literatura sobre las actividades realizadas para coordinar y continuar los cuidados de acuerdo con las necesidades de los usuarios aún es limitada. Una síntesis de evidencias, publicada recientemente, identificó que los países de bajos y medianos ingresos necesitan ampliar estudios sobre la coordinación y continuidad de los cuidados, sobre todo, en el contexto de la APS⁷.

Ante esta laguna, investigadoras brasileñas mapearon y validaron acciones a ser desarrolladas por los enfermeros de la atención primaria en la continuidad del cuidado al usuario después del alta hospitalaria. Son 17 acciones que apoyan la continuidad informacional, relacional y gerencial en el ejercicio profesional de los enfermeros como coordinadores del cuidado¹⁵. Este estudio innova al adoptar esta lista de actividades para reconocer la práctica del enfermero de la APS, el trabajo interprofesional y el tiempo dedicado a las acciones de continuidad del cuidado al usuario. Así, propone contribuciones en respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Después del alta hospitalaria, ¿cuál es la frecuencia y el momento en que las actividades de continuidad del cuidado al usuario son realizadas por el enfermero de la APS? ¿Existe colaboración interprofesional en estas acciones? ¿Cuáles son los aspectos que califican y dificultan y cuánto tiempo dedican a la práctica de continuar cuidando? Tiene como objetivo: investigar la práctica

y el tiempo estimado por enfermeros de la atención primaria a la salud para realizar acciones de continuidad del cuidado al usuario después del alta hospitalaria.

MÉTODO

Esta web survey fue delineada según las directrices del *Checklist for Reporting of Survey Studies* (CROSS)¹⁶. Se consideraron como campos de investigación unidades de la Atención Primaria a la Salud (APS) y de Estrategias de Rehabilitación de dos municipios del interior del Estado de São Paulo.

La APS 1 se compone de 25 equipos distribuidos en cinco Unidades Básicas de Salud (UBS), 18 Estrategias de Salud de la Familia (ESF), un Equipo Multiprofesional de Atención Domiciliaria (EMAD) y un Consultorio en la Calle, totalizando 46 enfermeros. Opera bajo el modelo de gestión por Organización Social de Salud (OSS), alineada a la Secretaría de Salud del municipio. En el proceso de alta responsable, el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) se encarga del seguimiento de los usuarios que requieren cuidados de media y alta complejidad y dirige a los de menor complejidad a la unidad de salud de referencia, a través de correo electrónico.

La APS 2, gestionada por la Secretaría Municipal de Salud del municipio, se organiza en 28 UBS, cinco Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Básica (NASF-AB), actualmente denominados equipos multiprofesionales de APS (eMulti), dos Consultorios en la Calle y SAD, donde trabajan 89 enfermeros. En ella, la articulación para la continuidad del cuidado ocurre entre la APS y los demás proveedores de salud como la Atención Domiciliaria, Atención Hospitalaria y el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), a través de la referencia y contrarreferencia.

Se consideraron elegibles a los enfermeros con, un mínimo de tres meses de experiencia, involucrados en el proceso de alta responsable y acciones relacionadas con la continuidad del cuidado, excluyendo a aquellos en período de vacaciones o ausentes en el momento de la recolección de datos. Así, se invitó a participar en el estudio a 40 enfermeros de la APS 1 y 56 de la APS 2.

Se elaboró un cuestionario semiestructurado a partir de una lista validada¹⁵ de 17 actividades a realizar por los enfermeros de la APS para la continuidad del cuidado. Se estructuró en tres partes: el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI) con las aclaraciones sobre la investigación; la caracterización de los participantes con datos demográficos y profesionales; y, finalizando, la presentación de la lista de actividades.

Se consideraron como variables de interés: frecuencia (siempre, a veces y nunca); momento (día de recepción del plan de alta del hospital por la APS en que se realizan); realización (acción específica del enfermero o colaborativa); profesionales que colaboran; tiempo medio estimado para ejecución en minutos; percepción de la calidad de las acciones; y, dificultades vividas en la conducción del proceso. El instrumento fue insertado en la aplicación Google Forms® y probado con tres enfermeros de las APS. Después de realizar pequeños ajustes, se obtuvo la versión final.

Hubo contacto preliminar con las gerentes de enfermería de los distritos de salud y de la ESF de ambas localidades para la presentación del proyecto y objetivos del estudio. Posteriormente, para el reclutamiento de posibles participantes, se realizó sensibilización con enfermeros elegibles presentando los propósitos del estudio, las

posibles contribuciones y el instrumento de recolección de datos. Se adoptaron dos estrategias: presencial, durante una sesión de Educación Continua (APS 1); y, de forma remota, a través de *Google Meet®*, en fecha y hora previamente acordadas (APS 2).

Las invitaciones a los profesionales, por medio de correo electrónico con la disponibilidad del enlace de acceso, fueron mediadas por la coordinadora de la educación permanente (APS 1) y gerentes de las unidades de salud (APS 2). Se enviaron recordatorios cada 10 días. Para evitar múltiples respuestas del mismo participante, se utilizaron el nombre de la unidad, equipo de trabajo y correo electrónico de identificación personal y profesional. Los datos fueron recolectados de julio a agosto de 2022.

El análisis de los datos fue procesado por el *Software Stats Direct Statistical*, versión 3.3.5 (*StatsDirect Ltd, Wirral, UK*) con un nivel de significancia del 5% ($p<0,05$). Se calculó la frecuencia absoluta para las variables categóricas y medidas de tendencia central (media, mediana e intervalo intercuartil) para las numéricas. Se aplicó la Prueba de Chi-cuadrado en las comparaciones entre las APS y la prueba Exacta de Fisher/prueba t bicaudal no pareada cuando hubo valores menores que 5. Para las variables numéricas, las comparaciones se realizaron mediante las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, con posterior post-prueba de Conover-Iman. Para las respuestas a las preguntas abiertas, se procedió a la categorización.

El proyecto fue apreciado por los gestores de la Atención Primaria a la Salud de los municipios investigados y aprobado por el Comité de Ética en Investigación – CAAE 08412019.4.0000.5415 y dictamen nº 3.699.970/2019.

RESULTADOS

Se devolvieron 51 cuestionarios (tasa de respuesta del 53,1%). Entre los que informaron la calificación profesional, 35 eran especialistas, siete cursaron residencia en Gestión en la Atención Básica y dos solo tenían grado. Los demás datos de los participantes se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Perfil de los enfermeros de APS campo de estudio. Catanduva, SP, Brasil, 2022

Variables	APS 1 (n= 24)	APS 2 (n=27)	Valor p
Sexo (n)			NS
Femenino	23	26	
Masculino	1	1	
Edad (años)			
M(DP)	32,1(6,6)	36,3(8,3)	NS
Tiempo de actuación (años) M (DP)			
Como enfermero	5,9(4,2)	8,9(6)	≤ 0,05 [†]
En APS	4,5(3,7)	6,8(5,1)	NS
Lugar de actuación (N)			
Consultorio en la calle	1	-	
EMAD	1	7	
UBS	5	18	
USF	17	2	

Leyenda: (n=51); APS: Atención Primaria a la Salud; M: media; DP: Desviación estándar; NS: no significativo; [†] Prueba T Bicaudal No Pareado; EMAD: Equipo Multiprofesional de Atención Domiciliaria; UBS: Unidad Básica de Salud; USF: Unidad de Salud de la Familia.

Fuente: Los autores (2022).

En la Tabla 2 se enumeran 17 actividades validadas realizadas por enfermeros en la APS distribuidas de acuerdo con la ocasión en que se llevan a cabo, es decir, el día de la recepción del plan de alta o en días posteriores.

Las actividades A1, A2 y A3 se realizan de acuerdo con el relato de la mayoría de los enfermeros, el mismo día en que la APS confirma la recepción del plan de alta hospitalaria; 10/17 acciones ocurren, mayoritariamente, el primer día después de recibir este plan. La orientación al usuario/familia sobre flujos/procesos para obtener equipos/suministros (A7) ocurre tanto el día de la recepción del plan de alta como el primer día subsiguiente.

Tabla 2. Momento de realización (valor de N) de las actividades a partir de la recepción del plan de alta hospitalaria por las APS investigadas. Catanduva, SP, Brasil, 2022

Actividades	Día PA	D1	D2-D3	Otro
A1. Asistencia de usuario/familiar [†]	23	18	3	3
A2. Revisar el plan de alta recibido	24	14	4	9
A3. Establecer rutina de búsqueda activa [‡]	23	11	5	10
A4. Agendar la visita domiciliaria	13	23	6	5
A5. Realizar visita domiciliaria inicial	7	16	11	15
A6. Identificar necesidades/equipos	9	18	9	12
A7. Orientar usuario/familia - flujos	18	18	4	9
A8. Explicar procesos de atención	14	22	4	9
A9. Capacitar cuidadores	12	21	4	11
A10. Realizar procedimientos a domicilio	7	11	10	13
A11. Organizar reuniones con el equipo	13	8	10	11
A12. Participar en reuniones interprofesionales	11	7	10	14
A13. Coordinar las atenciones	12	18	6	8
A14. Planificar cuidados junto al SAD [†]	14	18	6	10
A15. Realizar acciones educativas - equipo	7	12	8	12
A16. Participar en reuniones con gestores	8	9	4	12
A17. Evaluar la atención al usuario	11	9	12	12

Leyenda: (n=51); PA: Plan de Alta; D1: primer día después de la recepción del plan de alta y así sucesivamente; SAD: Servicio de Atención Domiciliaria; [†]p <0,05; [‡]p <0,01 (Prueba Chi-cuadrado); Datos perdidos.

Fuente: Los autores (2022).

Ya 3/17 de las actividades, tales como participar y/o coordinar reuniones de planificación interprofesional (A12), participar en reuniones con gestores de los diferentes niveles de atención a la salud (A16) y evaluar la atención al usuario/familia y discutir con el equipo de salud las estrategias para la cualificación del cuidado (A17), se llevan a cabo en los diversos días de atención. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las APS para el momento de realización de las actividades A1 ($p<0,05$), A3($p<0,01$) y A14 ($p<0,05$), en la opción día del plan de alta - APS1>APS2.

En lo que se refiere a la frecuencia de realización de las actividades después del alta hospitalaria, se observó que 14 de las 17 actividades son realizadas constantemente por los enfermeros. Las acciones A1- Solicitar comparecencia del usuario/familiar a la unidad de referencia (26/51), A15 - realizar acciones educativas para el desarrollo de los profesionales (25/51) y A16 - participar en reuniones con gestores de los diferentes niveles de atención a la salud para la articulación de acciones/flujos/protocolos relativos

a la continuidad de los cuidados (27/51) fueron reportadas, con más frecuencia, como de realización ocasional y en menor porcentaje como siempre (respectivamente, A1-22/51, A15 -19/51 y A16 -16/51).

Se destacan el número de respuestas para la opción nunca para estas últimas dos actividades (A15- 7/51 y A16- 8/51, respectivamente); y, también, la diferencia estadísticamente significativa entre las APS en la distribución de las frecuencias para las actividades A3 - Establecer como rutina búsqueda activa y A10 - Realizar procedimientos en el domicilio, opción siempre, APS1>APS2 ($p<0,01$, Prueba Chi-cuadrado).

Considerando el total de respuestas para las actividades realizadas en las APS ($n=867$), el 80,3% de ellas son conducidas de forma colaborativa y el 19,7% solo por el enfermero. Participar en reuniones de los diferentes niveles de atención a la salud para articular acciones/flujos/protocolos relativos a la continuidad de los cuidados ($n=19$) fueron las actividades más mencionadas como teniendo participación exclusiva de enfermeros. Se siguen otras acciones como informarse sobre el plan de alta recibido de la institución hospitalaria y recomendar adecuaciones, si es necesario, a este servicio ($n=18$); coordinar las atenciones del equipo y las visitas domiciliarias ($n=16$); y si es necesario, planificar los cuidados junto a otros servicios de la red de atención a la salud (rehabilitación, Equipo Multiprofesional de Atención Domiciliaria - EMAD y otros) para la integración del cuidado ($n=15$).

Se encontró una diferencia significativa ($p\leq 0,01$ – Prueba Chi- cuadrado) entre las APS con respecto a la participación profesional en las acciones. La APS1 lleva a cabo sus actividades de forma más colaborativa (84,8%) en comparación con la APS2 (76,2%). De los 12 profesionales del equipo de salud mencionados, se destacan, como los que más colaboran en las acciones, los auxiliares y técnicos de Enfermería (17,6%), médico (17,1%), agente comunitario de salud (10,9%), asistente social (9,4%), nutricionista (8%), psicólogo (7,5%) y fisioterapeuta (7,2%). No hubo diferencia significativa (Prueba de Mann-Whitney) en la composición de los equipos entre las APS.

La Tabla 3 destaca los hallazgos respecto a los aspectos de la calidad de las acciones desarrolladas desde la perspectiva de los participantes. Los enfermeros de la APS1 asignaron un puntaje medio que varió de Md 3,5(1) (bueno) a 4(1) (muy bueno). En la APS 2, el puntaje fue de 3(1) (bueno) para todo el conjunto de actividades. El análisis comparativo intergrupos (APS1 y APS2) no evidenció diferencias significativas (Prueba Kruskal-Wallis). Cuando ocurrieron diferencias intragrupo (APS1 x APS2) los valores asignados fueron menores en la APS2 en relación a la APS1.

El tiempo medio referido para la realización de las actividades en la APS1 varió de 30 a 60 minutos, totalizando un total de Md 42,5(40) minutos. Ya para la APS2 hubo variación de Md 12,5(20) a 60(30) minutos con tiempo medio total de Md 30(25) minutos. En el análisis intertemporal de las 17 actividades se encontró una diferencia estadísticamente significativa en 68(50%) de las 136 comparaciones posibles en la APS2 (Prueba posterior de Conover-Iman). Ya para los tiempos intergrupos (APS1 x APS2) hubo diferencia ($p\leq 0,05$ y $p\leq 0,01$) para las actividades 1-4 y 8.

Del total de respuestas de los participantes del estudio, 12,7% reportaron experimentar dificultades para la realización de las actividades en las APS, principalmente relacionadas con la capacitación de los cuidadores 10(9,1%), asistencia del usuario/familiar 9(8,2%), revisión del plan de alta 9(8,2%), procedimientos en el domicilio 9(8,2%) y acciones educativas junto a los profesionales 8(7,2%). Se encontraron diferencias entre las APS (APS1 - 7,8% y APS2 17%; $p\leq 0,01$ – Prueba Chi-cuadrado).

Se relacionaban con: 1. interacción hospital - APS (alta hospitalaria del paciente antes de la llegada del correo electrónico de alta calificada; plan de alta sin especificidad); 2. dinámica de trabajo en las unidades (llegada de altas en horarios de flujo intenso; alto número de atenciones por demanda espontánea; demanda aumentada de actividades no privativas del enfermero); y 3. usuario/familiar (dificultad de localización; ruptura de vínculos familiares; compromiso y resistencia de los familiares a seguir orientaciones; sobrecarga de los cuidadores).

Tabla 3. Calidad percibida y tiempo referido (en minutos) por los enfermeros de las APS para llevar a cabo las actividades después del alta hospitalaria. Catanduva, SP, Brasil, 2022

ACTIVIDADES	APS1		APS2	
	Quali	Tiempo	Quali	Tiempo
	MD (IIQ)	MD (IIQ)		
A1.Solicitar la comparecencia del usuario/familiar	3,5(1)	30(36) [‡]	3(1)	12,5(20)
A2.Revisar el plan de alta recibido	3,5(1)	30(45) [‡]	3(-)	20(20)
A3.Establecer como rutina la búsqueda activa	4(1) [†]	30(40) [‡]	3(-)	15(20)
A4.Agendar la visita domiciliaria	3,5(1)	30(45) [‡]	3(1)	20(20)
A5.Realizar visita domiciliaria inicial	4(1)	40(40)	3(1)	60(30)
A6.Identificar necesidades/equipos	3,5(1)	60(45)	3(1)	30(30)
A7.Orientar al usuario/familia – flujo/procesos	3,5(1)	60(45)	3(1)	30(10)
A8.Explícate los procesos de atención	4(1)	40(45) [‡]	3(1)	20(20)
A9.Capacitar a los cuidadores para el cuidado	4(1)	60(40)	3(1)	30(20)
A10.Realizar procedimientos en el domicilio	4(1) [‡]	30(40)	3(1)	35(30)
A11.Organizar reuniones con el equipo	4(1)	60(30)	3(1)	30(30)
A12.Participar en reuniones interprofesionales	4(1) [‡]	60(35)	3(1)	30(-)
A13.Coordinación de los atendimientos del equipo	4(1) [‡]	60(40)	3(1)	30(22,5)
A14.Planificar cuidados junto al SAD	4(1) [‡]	60(45)	3(1)	30(7,5)
A15.Realizar acciones educativas - profesional	3,5(1)	60(40)	3(1)	30(30)
A16.Participar en reuniones con gestores	3,5(1) [†]	45(40)	3(1)	60(30)
A17.Evaluar la atención de cuidados al usuario	4(1) [†]	30(35)	3(1)	30(30)
Tiempo medio total – Md(IIQ) [†]		42,5(40)		30(25)

Leyenda: (n=51); APS: Atención Primaria a la Salud; Quali - calidad; MD - mediana; IIQ - intervalo intercuartil (IIQ= Q3-Q1);

SAD: Servicio de Atención Domiciliaria; [†]p<0,01; [‡]p <0,05 (Prueba de Mann-Whitney); Puntuaciones de calidad: 1. muy deficiente; 2. deficiente; 3. buena; 4. muy buena; 5. Excelente.

Fuente: Los autores (2022).

DISCUSIÓN

Este estudio permitió comprender cómo los enfermeros de las APS de dos municipios brasileños actúan para continuar los cuidados al usuario, después del alta hospitalaria, identificando el tiempo estimado para esta práctica. La mayoría de las actividades investigadas se señalaron como habituales en la rutina de los enfermeros, lo que contribuye a la calidad de los cuidados en salud³.

Se destacaron acciones de coordinación de los equipos, de orientación a los usuarios sobre la red de atención a la salud (RAS) y de programación de las visitas domiciliarias.

Estos hallazgos reafirman la interdependencia entre la coordinación y la continuidad de los cuidados y el papel preponderante del enfermero en la comunicación y articulación con profesionales y usuarios para promover un cuidado integral y en red⁶.

Los enfermeros de la APS han ido ganando espacio social y reconocimiento del equipo de salud y de la comunidad, convirtiéndose en referencia para ambos¹⁷ y para la coordinación y continuidad de los cuidados^{9,10}. En este contexto, es fundamental reflexionar sobre el equilibrio necesario entre las demandas vinculadas a la organización del servicio y aquellas relacionadas con la asistencia directa. Esto quiere decir que, al asumir diversas actividades que componen la dinámica de funcionamiento de la unidad, pueden enfrentar sobrecarga de trabajo y comprometer la calidad del cuidado¹⁷.

Este desajuste puede repercutir en la priorización de algunas actividades en detrimento de otras, como se identificó en esta investigación. Solicitar la presencia del usuario/familia en la unidad, realizar acciones educativas con el equipo y participar en reuniones con los gestores de los diferentes puntos de la RAS fueron acciones ocasionales en la práctica de los enfermeros. Es posible inferir que algunos aspectos relacionales, informacionales y gerenciales de la continuidad del cuidado no son favorecidos, en algunos escenarios, poniendo en riesgo la integralidad y el vínculo longitudinal necesario para la atención en salud^{1-2,18}.

Uno de los mayores desafíos de la APS es la integración de sus profesionales con los usuarios y entre los niveles de atención¹⁹. Entre los municipios investigados, la búsqueda activa y los procedimientos en el domicilio ocurrieron con mayor frecuencia en la APS 1, donde el enfermero también actuaba más tempranamente, tras obtener el plan de alta, solicitando la presencia del usuario en la unidad, dirigiendo la búsqueda activa junto a los ACS y planificando los cuidados con el SAD.

Se pondera aquí la transición del cuidado centrado en el SAD (APS 1) y la persistente ineeficiencia del proceso de referencia y contrarreferencia entre los servicios (APS 2)²⁰⁻²¹, así como el modelo de trabajo, predominantemente, constituido por ESF en la APS 1, que prevé intervenciones de cuidado directo junto al usuario/familia, especialmente, en la visita domiciliaria⁹.

Este estudio no tiene la pretensión de indicar el proceso o modelo más efectivo, solo enfatiza, como otros autores, que el contacto temprano con el usuario y la articulación entre los servicios favorecen la continuidad de los cuidados^{3,18} y necesitan ser mejorados.

La práctica colaborativa mejora el trabajo y la comunicación entre los equipos, garantiza cuidados coordinados, más previsibles y seguros⁷. En este estudio, la colaboración entre el equipo de enfermería, médicos y ACS fue, mayoritariamente, mencionada; lo que puede ser esperado por constituir el equipo mínimo y de referencia en la ESF.

Los enfermeros también clasificaron la calidad de las acciones como buena o muy buena, pero no se adoptaron herramientas de evaluación específicas ni la experiencia de los involucrados en el cuidado para confirmar esta percepción, lo que es fuertemente indicado para la monitorización de la continuidad de la atención³. Este aspecto podría ser mejor explorado en otras investigaciones.

De entre las 17 actividades, estimaron dedicar, en promedio, 30 minutos en la APS 2 y 42,5 minutos en la APS 1 para cada una de ellas. No se identificaron estudios que midieran esta variable, en este contexto, para la comparación de los hallazgos. Es

interesante mencionar que la percepción en relación al tiempo puede diferir cuando se compara con la técnica de cronometraje, presentando valores superiores o inferiores²².

En la APS 1, la colaboración y la calidad de las acciones de continuidad fueron más expresivas y los enfermeros demandaron más tiempo en el reclutamiento de los usuarios, en la revisión del plan de alta, en la programación de las visitas domiciliarias y en las orientaciones de los mismos. Es posible que la experiencia profesional haya influido en estos resultados y, en este sentido, los enfermeros con menos tiempo de actuación gasten más tiempo que aquellos más experimentados; o califiquen estas acciones dedicando más tiempo a ellas. Investigadores también indican que equipos colaborativos, debidamente dimensionados, apoyados por la gestión y con recursos y redes resolutivas, probablemente, experimentarán la carga de trabajo de manera positiva y/o reducida¹².

Los participantes vivieron dificultades, especialmente en la APS2, para desempeñar las acciones y continuar los cuidados. Entre ellas, la demanda de atenciones y de actividades no privativas es creciente, el vínculo y la colaboración del usuario/familiar/cuidador son aspectos críticos y la interacción entre los profesionales y servicios en la RAS es frágil. Otros estudios también abordaron estas cuestiones^{20,23}, pero la presente investigación apunta a la sobrecarga de trabajo de los enfermeros debido al tiempo empleado, en promedio, para la coordinación y continuidad de los cuidados. Así, contribuye a la gestión de la práctica y a la planificación de la fuerza de trabajo de enfermería en la APS.

A pesar de las diferentes estrategias para sensibilizar a coordinadores, gestores y enfermeros de los municipios investigados y obtener amplia participación de los profesionales elegibles, la baja adhesión de los enfermeros puede representar una limitación de este estudio. Además, los hallazgos pueden diferir de otras regiones del estado y del país.

CONCLUSIÓN

Esta investigación proporciona un panorama de actividades desarrolladas por los enfermeros de la APS en la continuidad de los cuidados, en escenarios distintos; posibilita comparaciones entre las prácticas y el tiempo demandado; subsidia decisiones para la mejora de procesos, recursos y, en consecuencia, de la atención a la salud.

Los resultados amplían el conocimiento sobre la actuación del enfermero en los cuidados continuados y evidencian la dedicación necesaria para ordenar y coordinar la asistencia en la APS proporcionando cuidado integral y oportuno. El estudio contribuye a la gestión del proceso de trabajo del enfermero en el ámbito de la APS y destaca la relevancia del trabajo en equipo colaborativo para la enfermería y para la atención a la salud.

Se destaca que el tiempo estimado no representa un valor estándar para las acciones investigadas. Son necesarios nuevos estudios para ampliar esta dimensión y reconocer perspectivas del equipo de salud y de los usuarios.

REFERENCIAS

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. *Ciênc 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.

*Artículo extraído de la tesis de maestría: "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.

Recibido en: 30/06/2024

Aprobado en: 27/02/2025

Editor asociado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor correspondiente:

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

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.](#)