

Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência

Nurse liaison: a strategy for counter-referral

Enfermera de conexión: una estrategia para la contrarreferencia

**Ester do Nascimento Ribas¹, Elizabeth Bernardino¹, Liliana Muller Larocca¹,
Paulo Poli Neto², Gisele Knop Aued¹, Camilla Pinheiro Cristaldi da Silva³**

¹ Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba-PR, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Departamento de Saúde Comunitária. Curitiba-PR, Brasil.

³ Universidade Federal do Paraná, Graduação em Enfermagem. Curitiba-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):546-53. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

Submissão: 31-10-2016

Aprovação: 20-09-2017

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil dos usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação” e descrever a experiência das profissionais que participaram do projeto. **Método:** pesquisa de intervenção, com doze enfermeiras assistenciais de um hospital e de uma Unidade de Pronto Atendimento, e 26 enfermeiras da Atenção Primária à Saúde. Os dados foram obtidos por questionários e formulários de contrarreferência. **Resultados:** de 43 indivíduos contrarreferenciados, 62,8% possuem mais de sessenta anos, 53,5% são homens portadores de pluripatologias. Dentre os aspectos positivos, as enfermeiras destacaram o diálogo entre os pontos de atenção, agilidade na aquisição de insumos para a continuidade dos cuidados na atenção primária, beneficiando os usuários após a alta hospitalar. O maior desafio foi a carência de tempo e o déficit de enfermeiras para realizar a função. **Considerações finais:** a “enfermeira de ligação” mostrou-se uma importante estratégia para melhorar a integração entre os serviços e promover a continuidade do cuidado.

Descritores: Continuidade da Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde; Enfermagem; Prática Profissional; Alta do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify the profile of the counter-referred patients by the “nurse liaison” and to describe the experience of the professionals who participated in the project. **Method:** intervention research, with twelve nursing nurses from a hospital and an Emergency Care Unit, and 26 nurses from Primary Health Care. Data were obtained through questionnaires and counter-referral forms. **Results:** Out of 43 counter-referred individuals, 62.8% are over sixty years, 53.5% are men with multi-pathologies. Among the positive aspects, the nurses highlighted the dialogue between health care services, agility in the acquisition of inputs for the continuity of care in primary care, benefiting patients after hospital discharge. The greatest challenge was the lack of time and the deficit of nurses to perform the function. **Final considerations:** the presence of the “nurse liaison” has proved to be an important strategy to improve integration between services and to promote continuity of care.

Descriptors: Continuity of Patient Care; Integrality in Health; Nursing; Professional Practice; Patient Discharge.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil de los usuarios contrarreferenciados por la “enfermera de conexión” y describir la experiencia de las profesionales que participaron del proyecto. **Método:** investigación de intervención, con doce enfermeras asistenciales de un hospital y de una Unidad de Pronta Atención, y 26 enfermeras da Atención Primaria a la Salud. Los datos fueron obtenidos por cuestionarios y formularios de contrarreferencia. **Resultados:** de 43 individuos contrarreferenciados, el 62,8% poseen más de sesenta años, el 53,5% son hombres portadores de pluripatologías. De entre los aspectos positivos, las enfermeras subrayaron el diálogo entre los puntos de atención, la agilidad en la adquisición de insumos para la continuidad de los cuidados en la atención primaria, beneficiando a los usuarios después del alta hospitalaria. El reto más grande fue la carencia de tiempo y el

déficit de enfermeiras para realizar la función. **Consideraciones finales:** La “enfermera de conexión” se mostró una importante estrategia para mejorar la integración entre los servicios y promocionar la continuidad del cuidado.

Descriptores: Continuidad de la Asistencia al Paciente; Integralidad en Salud; Enfermería; Práctica Profesional; Alta del Paciente.

AUTOR CORRESPONDENTE Ester do Nascimento Ribas E-mail: ribas@gmail.com

INTRODUÇÃO

A fim de superar as limitações do modelo de atenção fragmentado, o Ministério da Saúde (MS) redirecionou ações e serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se caracterizam pela constituição de relações horizontais entre diferentes pontos de atenção, pela centralidade nas necessidades em saúde de determinada população e pela responsabilização na atenção contínua. Um dos principais objetivos das RAS é a busca pela integralidade da assistência⁽¹⁾, que corresponde a um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁽²⁾. Trata-se de um princípio norteador e organizador das práticas em saúde⁽³⁾ segundo o qual o usuário, na medida de suas necessidades, possa ser atendido em qualquer ponto da RAS, sem interrupções no tratamento e sem se perder na malha assistencial.

No entanto, ainda se encontram fragilidades na comunicação entre profissionais de diferentes pontos de atenção, sobretudo entre a atenção primária e a de alta complexidade, barreira no diálogo de profissionais com usuários, bem como desarticulação da rede de serviços, causada pela ausência da contrarreferência⁽⁴⁻⁷⁾, o que pode prejudicar a continuidade dos cuidados.

Na perspectiva do usuário hospitalizado, a continuidade dos cuidados pode ser viabilizada pela prática da alta responsável, que acontece por meio da orientação ao paciente e seus familiares acerca da necessidade de prosseguir com o tratamento em outro local, pela articulação entre os diferentes pontos da RAS, sobretudo com a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁸⁾. Para tanto, é essencial que a enfermeira assuma o papel de coordenadora da alta hospitalar, envolva-se nesse processo de transição e, ainda, integre os demais membros da equipe assistencial a favor de uma ação conjunta e de uma assistência mais qualificada⁽⁹⁾.

Alguns serviços de saúde no Canadá, na Espanha e em Portugal centram-se no papel da “enfermeira de ligação” como estratégia para assegurar a continuidade do cuidado entre o hospital e outros serviços de saúde. Cada país adotou uma terminologia para essa profissional, como “enfermeira de ligação”, “enfermeira de enlace” e “enfermeira da equipe de gestão de altas”, respectivamente⁽¹⁰⁻¹²⁾. Neste estudo, optamos por utilizar o primeiro termo.

Ao considerar a contribuição da enfermeira na articulação entre os pontos da RAS, este projeto de intervenção se inspirou no papel da “enfermeira de ligação” desempenhado por profissionais de um hospital e de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que assumiram essa função, identificaram dentre os usuários internados aqueles que demandavam continuidade do cuidado após alta hospitalar, e realizaram a contrarreferência desses pacientes para a APS.

OBJETIVO

Identificar o perfil dos usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação” e descrever a experiência das enfermeiras que participaram do projeto.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo é recorte de uma dissertação desenvolvida no mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Tipo de estudo

Trata-se de estudo de intervenção, com abordagem qualitativa.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

Pesquisa desenvolvida nas unidades de clínica médica; neurologia clínica; ortopedia; urologia; cirurgia geral e do aparelho digestivo; e no centro de terapia semi-intensiva de um hospital universitário no município de Curitiba (PR). Essas unidades foram escolhidas porque atendem usuários adultos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que, geralmente, necessitam de acompanhamento pós-alta nas Unidades Municipais de Saúde (UMS) da APS.

Também foi incluída no estudo uma UPA do município de Curitiba (PR) que tem como funções, dentre outras, estabilizar usuários crônicos em fase de agudização e acolher usuários que estão em fase aguda e necessitam retornar à APS para continuidade do tratamento. Além desses dois locais, 23 UMS foram incluídas por receberem os usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação”.

Fonte de dados

A amostra foi formada por 38 enfermeiras assistenciais, sendo seis do hospital, seis da UPA e 26 das UMS. Os critérios de inclusão, para as enfermeiras do hospital e da UPA, consistiram em: ser enfermeira assistencial e aceitar assumir a função de “enfermeira de ligação” durante a coleta de dados. Para as profissionais das UMS a exigência foi: atender pelo menos um usuário contrarreferenciado pela “enfermeira de ligação”. Não houve critérios de exclusão. Todas as convidadas aceitaram participar do estudo.

Os dados também foram extraídos dos formulários de 43 usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação”. Os critérios de inclusão nesse caso foram: possuir diagnóstico médico de uma ou mais DCNT; demandar continuidade de

cuidados temporários ou permanentes e ser domiciliado na cidade de Curitiba, uma vez que o hospital é uma instituição de referência e atende usuários de outros municípios do estado do Paraná. Também não houve critérios de exclusão.

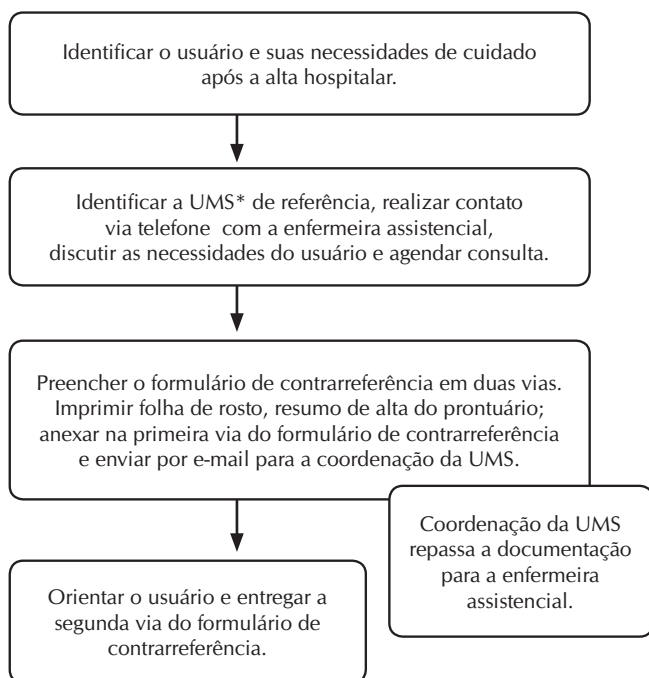
Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados aconteceu nos meses de junho e julho de 2015, por meio de dois questionários com questões abertas. Um foi aplicado a doze enfermeiras assistenciais que contrarreferenciaram os usuários do hospital e da UPA para a APS; nele, as enfermeiras discorreram sobre a participação no projeto, as dificuldades e os benefícios. O outro questionário foi aplicado às 26 enfermeiras das UMS que receberam os pacientes contrarreferenciados. Nesse, as enfermeiras discorreram acerca da experiência de receber os usuários e, principalmente, sobre o fluxo da contrarreferência utilizado nesta pesquisa.

Dos formulários de contrarreferência foram extraídos os dados sociodemográficos, o local de onde o usuário foi contrarreferenciado, diagnósticos clínicos e as necessidades de cuidado após a alta hospitalar.

Etapas do estudo

A intervenção foi desenvolvida entre os meses de março a julho de 2015, em três etapas: planejamento; implantação e avaliação final. O período de quatro meses foi acordado com os serviços e considerado suficiente para implantar e avaliar a proposta. Os 43 usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação” foram decorrentes do período da intervenção e dos critérios de inclusão.



Nota: *Unidade Municipal de Saúde.

Figura 1 – Fluxos para a contrarreferência do hospital ou da Unidade de Pronto Atendimento para a Atenção Primária à Saúde centrados na função da “enfermeira de ligação”

Na etapa de planejamento, realizou-se contato com as chefias e enfermeiras das unidades de internação do hospital, da UPA e da APS; elaboraram-se o fluxo de contrarreferência do hospital ou da UPA para a APS (Figura 1) e os formulários de contrarreferência e de alta programada, bem como uma planilha com o endereço e o telefone de todas as UMS de Curitiba, com os dados de suas respectivas chefias. Confeccionou-se, ainda, um *banner* com o mapa de Curitiba e suas unidades de saúde. Este último e a planilha foram afixados nas unidades do hospital e da UPA.

Na etapa de implantação, ocorreu a contrarreferência dos 43 usuários pela “enfermeira de ligação”. Na etapa de avaliação final, foram realizadas a coleta e a análise dos dados.

Análise dos dados

Para abordagem dos dados provenientes dos questionários, foi empregada a técnica da análise de conteúdo⁽¹³⁾ por pares. Esse procedimento corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, organizado pelas seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação⁽¹³⁾. Por pares, porque o processo foi realizado por três enfermeiras com experiência na técnica e o resultado, determinado em consenso.

Nesse tipo de análise, a categorização pode ser feita por “caixas”, em que o sistema de categorias é previamente fornecido, ou por “acervo”, em que o sistema de categoria deriva da classificação analógica e progressiva dos elementos⁽¹³⁾. Para avaliação dos dados provenientes dos formulários de contrarreferência empregou-se o procedimento por “caixas”, e as categorias pré-definidas foram: idade, sexo, procedência e diagnóstico clínico dos usuários contrarreferenciados; usuários contrarreferenciados portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica e com necessidade de cuidados requeridos na APS. Para a análise dos questionários aplicados às “enfermeiras de ligação”, adotou-se o procedimento por acervo.

RESULTADOS

Caracterização das “enfermeiras de ligação” e das enfermeiras das Unidades Municipais de Saúde

Das profissionais que responderam às questões, todas do sexo feminino, uma (3,3%) possuía 24 anos; catorze (46,7%) estavam entre 32 e 38 anos; dez (33,3%) tinham de 40 a 49 anos; e cinco (16,7%), de 50 a 58 anos. Sete (21,2%) eram formadas há menos de dez anos; dezenove (57,6%), entre dez a dezenove anos, e sete (21,2%) há mais de vinte anos. Quanto à qualificação profissional, catorze (36,9%) possuíam uma especialização; dez (26,3%) tinham duas especializações; e sete (18,4%), três ou mais especializações.

Os resultados são apresentados em duas etapas: a primeira traz o perfil dos usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação” (Tabela 1); a segunda apresenta o projeto piloto da “enfermeira de ligação”, na perspectiva daquelas que participaram da intervenção.

Primeira etapa: Perfil dos usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação”

Tabela 1 – Perfil dos usuários contrarreferenciados pelas “enfermeiras de ligação”

Categorias	n (43)	F%
Idade		
Menos de sessenta anos	16	37,2
Mais de sessenta anos	27	62,8
Sexo		
Feminino	20	46,5
Masculino	23	53,5
Procedência do usuário contrarreferenciado		
Neurologia clínica	15	34,9
Clínica médica masculina e feminina	13	30,2
UPA*	8	18,6
Ortopedia	1	2,3
Cirurgia geral e do aparelho digestivo	5	11,6
Centro de terapia semi-intensiva	1	2,3
Urologia	-	-
Diagnósticos clínicos dos usuários contrarreferenciados		
Hipertensão arterial sistêmica	28	65,1
<i>Diabetes mellitus</i>	19	44,2
Acidente vascular cerebral	19	44,2
Insuficiência renal crônica	6	14,0
Outras doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca congestiva, trombose venosa profunda, insuficiência, fibrilação atrial, angioplastia (stent) e estenose de artéria basilar)	6	14,0
Hipotireoidismo	5	11,6
Dislipidemia	5	11,6
Doenças respiratórias crônicas (asma e doença pulmonar obstrutiva crônica)	4	9,3
Etilismo crônico	4	9,3
Artrite reumatoide	3	7,0
Depressão	3	7,0
Tabagismo	3	7,0
Outras (lúpus, Parkinson, Alzheimer, alergias e ansiedade)	5	11,6
Necessidade de cuidados requeridos na APS**		
Controle das doenças crônicas não transmissíveis	32	74,4
Cuidados especiais em feridas complexas	14	32,6
Dependência motora	13	30,2
Cuidados com dispositivos	10	23,1
Outros cuidados	9	20,9

Nota: *Unidade de Pronto Atendimento; **Atenção Primária à Saúde

Segunda etapa: O projeto piloto da “enfermeira de ligação”, na perspectiva das participantes da intervenção

A partir dos dados provenientes dos questionários respondidos pelas enfermeiras do hospital, da UPA e das UMS, emergiram quatro categorias: a inserção da função de “enfermeira de ligação” no processo de trabalho das enfermeiras do hospital e da UPA; os benefícios aos usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação”; o fluxo da contrarreferência; e o processo de trabalho das enfermeiras da APS.

Categoria 1: A inserção da função de “enfermeira de ligação” no processo de trabalho das enfermeiras do hospital e da Unidade de Pronto Atendimento

A função exercida pelas “enfermeiras de ligação” promoveu o contato entre enfermeiras de diferentes pontos da RAS, pois, ao contrarreferenciar os usuários, elas precisaram, via telefone, dialogar acerca das necessidades de cada um após a alta hospitalar e dos recursos disponíveis na APS, como relatam:

Maior contato com a rede básica de saúde. (E8)

Foi muito bom [...] entrar em contato com as enfermeiras das unidades de saúde. (E13)

Além disso, o diálogo entre as profissionais oportunizou maior compreensão sobre o funcionamento da RAS, o que é fundamental para promover a continuidade dos cuidados aos usuários com qualidade e segurança:

Conhecer como funciona o sistema, maior facilidade para acessar o sistema. (E6)

Por outro lado, as “enfermeiras de ligação” apontaram algumas dificuldades, como a falta de tempo e o número reduzido de enfermeiras assistenciais, pois a função citada foi mais uma atividade inserida na rotina das profissionais:

Um problema é a nossa falta de tempo para fazer esse trabalho, a demanda aqui é grande [...] a gente vai priorizando o trabalho e apagando incêndio. (E7)

Uma delas chama a atenção para:

[...] Falta de tempo e de pessoal. (E13)

Categoria 2: Os benefícios aos usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação”

Com a “enfermeira de ligação” à frente do processo da contrarreferência, obteve-se agilidade na aquisição de insumos necessários para a continuidade dos cuidados aos usuários na APS, conforme nota uma das participantes:

Maior agilidade nos pedidos de materiais, equipamentos para os pacientes. (E6)

Os usuários passaram a ser encaminhados, do hospital e da UPA, para a APS de forma sistematizada, o que reduziu o retorno à UPA, ao menos:

... não retorna à UPA pelo mesmo motivo. (E12)

Destaca-se também a contribuição da “enfermeira de ligação” para:

Continuidade e acompanhamento do paciente pela unidade de saúde. (E7)

A fim de que os usuários continuem sendo tratados, monitorados e orientados na APS, pois os cuidados, muitas vezes, não se encerram com a alta hospitalar, sobretudo quando se trata de usuários idosos portadores de DCNT.

Categoria 3: O fluxo da contrarreferência e o processo de trabalho das enfermeiras da Atenção Primária à Saúde

A comunicação entre as enfermeiras do hospital, da UPA e da UMS foi mencionada como algo favorável pelas profissionais da APS, as quais passaram a ter mais informações sobre os usuários do seu território, sobretudo daqueles que foram hospitalizados. Nesse sentido, o programa:

Promove a comunicação entre as UPAS ou hospital e as unidades de saúde. (E21)

Facilita a unidade de saúde manter o radar, já que na maioria das vezes não recebemos a contrarreferência. (E20)

Para a maioria das enfermeiras da APS, o contato via telefone, meio escolhido nesta pesquisa, foi positivo, definido como:

Prático, resolutivo. (E3)

Esclarecedor e objetivo. (E16)

Outras enfermeiras acharam que o contato via telefone é limitado, pois:

Como estamos sempre no consultório, não estamos disponíveis para atender ao telefone. (E22)

E às vezes gera dúvidas, uma vez que:

Nessa forma de contato, é inevitável ocorrer problemas de comunicação, tais como: falta de explicação, detalhes, imprecisões e interpretações equivocadas. (E1)

Para melhorar o fluxo da contrarreferência e abreviar os problemas na comunicação entre as profissionais, as enfermeiras da APS forneceram diversas sugestões, como o agendamento da consulta na APS pelo hospital, via sistema informatizado integrado:

Os hospitais poderiam ter acesso às agendas das enfermeiras e realizar o agendamento. (E4).

Entretanto, ainda não existe um sistema informatizado que integre o hospital e as UMS. Outra sugestão para melhorar o fluxo de contrarreferência foi informar a enfermeira da UMS via e-mail:

Acredito ser a melhor opção de contato e repasse das informações. (E4)

Sugeriu-se também reservar horário na agenda da APS para consulta pós-alta hospitalar:

Podemos incluir consultas de Enfermagem com foco na avaliação do paciente pós-alta como rotina, poderia ser na unidade ou através da visita domiciliar. (E20)

Além das sugestões de cunho operacional, para qualificar o fluxo de contrarreferência, foi lembrada pelas enfermeiras da APS a necessidade de sensibilizar os profissionais quanto à relevância da integração entre os vários níveis assistenciais.

A importância e benefícios da integralidade entre as diferentes dimensões e equipe de saúde. (E17)

DISCUSSÃO

Dos 43 usuários contrarreferenciados, 27 (62,8%) possuíam mais de sessenta anos idade, sem significativas diferenças entre sexos. Quatorze (30,2%) eram portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica, o que vai ao encontro de um dos atuais problemas no campo da saúde em nosso país, o aumento crescente de idosos portadores de DCNT⁽¹⁴⁾. Segundo projeções estatísticas, em 2025 o número de idosos deverá chegar a 32 milhões, e o Brasil passará a ocupar o sexto lugar na ordem de países com esse contingente populacional⁽¹⁵⁾.

No mundo, as doenças crônicas representam 59% do total de óbitos e estima-se que esse número deve se elevar ainda mais devido ao envelhecimento da população, combinando fragilidades fisiológicas, estilo de vida não saudável, diminuição da fecundidade, urbanização acelerada e estresse social^(14,16), o que reforça a necessidade de estratégias no campo da enfermagem que impactem positivamente esse importante problema de ordem mundial.

Em relação ao local de onde o paciente foi contrarreferenciado, somente a unidade de urologia do hospital não referenciou ninguém. Quando às demais, houve destaque para a neurologia clínica, que contrarreferenciou quinze usuários (34,9%), seguida da clínica médica masculina e feminina, que contrarreferenciou treze (30,2%), o que se justifica pelos diagnósticos clínicos dos usuários: 28 (65,1%) eram portadores de hipertensão arterial sistêmica. Destes, dezenove (44,2%) haviam sofrido acidente vascular cerebral e a mesma quantidade foi diagnosticada com *Diabetes mellitus*.

Além da necessidade de monitoramento das DCNT após a alta hospitalar na APS, catorze usuários (32,6%) demandaram cuidados com feridas complexas; treze (30,2%) apresentavam algum tipo de dependência por problema motor; e dez (23,1%) tinham necessidade de cuidados com dispositivos como sondas nasoentéricas ou nasogástricas, cateteres de hemodiálise, sondas vesicais de demora e sondas de gastrostomia. Destaca-se que os resultados acerca do perfil dos usuários não apresentaram transformações, pois vão ao encontro de um primeiro estudo, realizado em 2010 na mesma instituição, que objetivou identificar a demanda e a atuação da “enfermeira de ligação”. Esse estudo demonstrou que os usuários eram portadores de pluripatologias como hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes mellitus*, câncer e doenças

gastrointestinais e que a função tematizada oportunizou a aproximação dos diferentes pontos de atenção, contribuindo para o alcance da integralidade do cuidado⁽¹⁰⁾.

A comunicação entre as enfermeiras que atuavam em diferentes serviços apareceu como um ponto positivo desta intervenção, o que é significativo, pois a comunicação constitui um elemento fundamental no cuidado. Qualificá-la é uma estratégia essencial para que se possa assistir o usuário de modo efetivo e com maior eficácia⁽¹⁷⁾, sem que os pacientes e/ou seus familiares precisem se deslocar a diversos serviços de saúde em busca de uma resposta para suas necessidades.

As enfermeiras da APS contribuíram de modo significado, por meio de diversas sugestões, para melhorar o modo de comunicação proposto pelo fluxo de contrarreferência, reforçando mais uma vez a carência de articulação entre os níveis de complexidade. No Brasil, ainda há deficiência e fragilidade na comunicação entre os diferentes pontos de atenção⁽¹⁸⁾. Eventual articulação acontece mais por decisão das equipes de cuidado do que pela existência de um processo estruturado, sistematizado, entre os serviços de saúde dos níveis assistenciais⁽¹⁹⁾.

Nesse sentido, verificou-se a existência de iniciativas por parte de alguns médicos que, preocupados com a continuidade do cuidado de portadores de DCNT, agendavam consultas de retorno após a alta hospitalar, sem passar pelo sistema de regulação. Outra ação envolveu um grupo formado por usuários portadores de uma doença crônica específica e seus familiares, em que alguns destes foram escolhidos para fazer o papel de intermediadores entre os doentes e a equipe especializada⁽²⁰⁾.

Midwives (parteiras) que participaram de uma pesquisa acerca da transição do cuidado entre a maternidade e outros serviços recomendaram a implantação de um sistema eletrônico, a fim de facilitar o compartilhamento de informações⁽²¹⁾. Acredita-se que o ideal seja a implantação de um sistema informatizado integrado, o qual contemple informações claras e precisas sobre os diferentes níveis assistenciais e, ainda, que a comunicação entre as enfermeiras seja por telefone ou e-mail, a fim de favorecer a discussão das necessidades dos usuários, a troca de experiências e a responsabilização dos cuidados ao paciente.

A integração entre os serviços é essencial para que ações de cuidado possam ter continuidade, o que precisa ser compreendido e coordenado pela equipe de saúde e viabilizado por meio da efetivação de políticas⁽²²⁾. Por mais que os sistemas logísticos, componentes da estrutura operacional da RAS, apareçam como solução para integrar os serviços⁽¹⁾, favorecendo a continuidade do cuidado, ainda é preciso estudar alternativas pautadas em políticas públicas que favoreçam a articulação entre os serviços e sejam centradas no usuário.

Ao realizarem a contrarreferência, as “enfermeiras de ligação” perceberam a importância de tal atividade, verificada na agilidade em organizar os insumos para promover a continuidade do cuidado ao usuário na APS.

A transição do paciente de um serviço para outro consiste em um ponto de ruptura. Por isso, defende-se a importância de um planejamento de alta realizado pela equipe assistencial. Dentre os profissionais da equipe, a “enfermeira de ligação” tem sido a responsável por desenvolver esse planejamento, devido ao seu maior conhecimento acerca dos cuidados

não hospitalares e do processo de integração entre diferentes cenários de saúde⁽²³⁾.

A falta de tempo e de pessoal foi a dificuldade levantada pelas “enfermeiras de ligação”, o que reforça a importância de existir uma enfermeira exclusiva para desempenhar essa função, pois as ações realizadas por esses profissionais têm causado impactos positivos.

Um projeto de intervenção centrado no papel da enfermeira de ligação hospitalar e de um internato de referência teve como objetivo a implantação de um modelo de saúde integrado a pacientes com multimorbidades, baseado na comunicação entre hospital e atenção primária. Comparados a um modelo convencional, os resultados da simulação apontaram a diminuição dos custos em 89% para o grupo de pacientes com menos de oitenta anos e com três ou mais morbidades⁽²⁴⁾.

Além de atuar como elo entre o hospital e a APS, a enfermeira de ligação pode contribuir em outros cenários, como na alta de pacientes da UTI para as unidades do hospital, bem como na transmissão de informações atualizadas entre a enfermeira do centro cirúrgico e os familiares⁽²⁵⁻²⁶⁾, o que pode melhorar a articulação entre as unidades de uma mesma instituição de saúde, fortalecer a comunicação e o vínculo entre profissionais e familiares.

Sobre a sugestão das enfermeiras quanto à necessidade de sensibilização para integrar os serviços, acredita-se que é um processo lento, mas possível por meio do redirecionamento do modelo assistencial que orienta as práticas dos profissionais, colocando o usuário no centro das ações, respeitando sua singularidade, inserindo a família no processo de cuidado⁽²⁷⁾ e tendo em mente que o alcance de melhores condições de saúde acontece a partir de ações conjuntas de promoção, prevenção e cura.

Limitações do estudo

Destaca-se, como limitação deste estudo, o número de locais da intervenção, um hospital e uma UPA, com a participação de 23 UMS da APS, sendo importante desenvolver esta agenda de pesquisa em outros cenários. Ademais, não foi incluída a percepção dos usuários contrarreferenciados durante a intervenção, o que poderia trazer mais elementos para avaliar este projeto.

Contribuições para as áreas da enfermagem, saúde ou política pública

Considera-se de extrema importância este estudo, pois reitera o uso da *expertise* da enfermeira para criar e contribuir com estratégias que favoreçam a continuidade do cuidado, otimizando recursos, melhorando a qualidade de vida dos usuários, diminuindo as reinternações e qualificando a força de trabalho por meio de ações sistemáticas e conjuntas entre profissionais e serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas acerca do perfil dos usuários contrarreferenciados reafirmam a necessidade de estratégias que promovam a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, para que os pacientes tenham suas demandas atendidas e não

sejam penalizados pela fragmentação do sistema de saúde. Ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde devem caminhar juntas, a fim de que as pessoas, principalmente os idosos portadores de doenças crônicas, não sofram as consequências das complicações e dos riscos aos quais estão expostos.

No intuito de buscar novas estratégias que favoreçam a continuidade dos cuidados, esta pesquisa focou no trabalho da “enfermeira de ligação” como uma possibilidade, o que trouxe significativos benefícios, dentre eles, a promoção da comunicação entre os diferentes níveis de atenção, elemento essencial no contexto abordado. Trouxe também a reflexão das enfermeiras da APS sobre formas de melhorar essa comunicação, o que mostra que as enfermeiras assistenciais têm interesse em qualificar o processo de contrarreferência.

Evidenciou-se que as enfermeiras representam uma categoria capaz de tomar a frente dessa estratégia, devido à posição que ocupam e às atribuições que assumem e desenvolvem. Faz-se a ressalva, contudo, que seja criado um cargo para a “enfermeira de ligação”, considerando as dificuldades apresentadas pelas enfermeiras assistenciais quando essa função se soma às demais atribuídas a elas.

No que diz respeito aos usuários que demandam continuidade de cuidados pós-alta hospitalar, o papel da “enfermeira de ligação” pode representar o ponto de partida para acessar a unidade de saúde, facilitar o conhecimento dos profissionais da APS acerca das reais necessidades dos usuários e, ainda, diminuir o retorno aos serviços de maior complexidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2010 [cited 2016 May 12]. Brasília. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília [Internet]. 1990 [cited 2016 May 12]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3. Lima MM, Reibnitz KS, Kloh D, Wosny AM. Concepções de estudantes de enfermagem sobre a integralidade do cuidado à saúde. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2012 [cited 2016 May 12];11(2):259-66. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12822>
4. Freitas LFC, Moreira DA, Brito MJM. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. Cogitare Enferm [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 8];19(4):694-700. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993>
5. Almeida RT, Ciosak SI. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 8];21(4):[7 telas]. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75999/79584>
6. Silva MRF, Braga JPR, Moura JFP, Lima JTO. Continuidade assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. Saúde Debate [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 1];40(110):107-19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0107.pdf>
7. Cunha KS, Higashi GDC, Erdmann AL, Kahl C, Koerich C, Meirelles BHS. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counterreference in Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 1];50(6):965-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28198962>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. 2013 [cited 2016 May 12]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
9. Góes FGB, Cabral IE. Discourses on discharge care for children with special healthcare needs. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 1];70(1):154-61. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0163
10. Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 May 12];63(3):459-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a18v63n3.pdf>
11. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho nº 7.968/2011 [Internet]. Diário da República. Lisboa, Série 2, n. 107, 2 Jun 2011 [cited 2016 May 12]. Available from: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4C19DDB4-519B-457C-AEE3-2A12A5F6517B/0/2383823838.pdf>
12. Rodríguez VF, Verdugo AM, Fernández IP, Martín MDG. Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). Enferm Glob [Internet]. 2007 [cited 2016 May 12];(10):1-11. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/202/246>
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento [Internet]. Brasília, 2010 [cited 2016 May 12]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf

16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 8];15(5):2297-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
17. Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 May 22];65(1):97-103. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>
18. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 8];32(3):1-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00172214.pdf>
19. Marques LFG, Romano-Lieber INS. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Physis* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 1];24(2):401-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00401.pdf>
20. Nóbrega VM, Reichert APS, Viera CS, Collet N. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*[Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 1];19(4):656-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0656.pdf>
21. Psaila K, Kruske S, Fowler C, Homer C, Schmied V. Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 8];14:151. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016663/?tool=pubmed>
22. Arce VAR, Souza MF. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 8];22(1):109-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/11.pdf>
23. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. 2002 [cited 2016 Mar 1]. Available from: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
24. Lanzeta I, Mar J, Arrospide A. Cost-utility analysis of an integrated care model for multimorbid patients based on a clinical trial. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 8];30(5):352-8. Available from: <http://www.gacetasanitaria.org/en/linkresolver/cost-utility-analysis-an-integrated-care/S0213911116300917/>
25. Lerman Y, Kara I, Porat N. Nurse liaison: the bridge between the perioperative department and patient companions. *AORN J* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 8];94(4):385-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21967912>
26. Tabanejad Z, Pazokian M, Ebadi A. A systematic review of the liaison nurse role on patient's outcomes after intensive care unit discharge. *Int J Commun Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 5];2(4):202-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201211/>
27. Gottlieb LN. Strengths-based nursing: a holistic approach to care, grounded in eight core values. *Am J Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 1];114(8):24-32. Available from: https://www.researchgate.net/publication/295594584_StrengthsBased_Nursing_A_holistic_approach_to_care_grounded_in_eight_core_values