

Comunicación de salud y colaboración interprofesional en la atención de niños con afecciones crónicas*

Maria Denise Schimith¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4867-4990>

Marta Regina Cezar-Vaz²

 <https://orcid.org/0000-0002-0754-7469>

Daiani Modernel Xavier²

 <https://orcid.org/0000-0003-3832-2120>

Letícia Silveira Cardoso³

 <https://orcid.org/0000-0002-2946-6758>

Objetivo: comprender cómo la comunicación sanitaria en el cuidado de niños con afecciones crónicas interfiere en la colaboración interprofesional. **Método:** investigación multicéntrica, cualitativa. La recopilación de datos, realizada a través de entrevistas y observaciones, se llevó a cabo entre octubre de 2017 y febrero de 2018. En la organización de los datos, se utilizó el software NVivo versión 12. Los datos fueron analizados desde una perspectiva dialéctica. **Resultados:** fueron entrevistados 79 profesionales, incluidos médicos y enfermeros del programa Estrategia de Salud de la Familia. Se destacan marcadores esenciales para la interprofesionalidad, como la comunicación multiinstitucional; el contexto histórico y político de los municipios; el vínculo entre el equipo de profesionales y las familias con niños con afecciones crónicas y la comunicación activa y resolutive. **Conclusión:** la colaboración interprofesional se fortalece cuando se coordina el plan terapéutico para niños con enfermedades crónicas a través del programa Estrategia de Salud de la Familia, y se verifica la intención de establecer comunicación con el sector secundario. Se considera que la investigación integró temas importantes y contribuyó a la planificación del proceso de trabajo en el programa Estrategia de Salud de la Familia.

Descriptores: Comunicación; Salud del Niño; Relaciones Interprofesionales; Atención Primaria de Salud; Enfermedad Crónica; Enfermería Primaria.





* Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Proceso 401722/2017-1, Brasil.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Pampa, Curso de Enfermagem, Uruguaiana, RS, Brasil.

Cómo citar este artículo

Schimith MD, Cezar-Vaz MR, Xavier DM, Cardoso LS. Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3390. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4044.3390>.

URL

mes día año

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) es responsable del monitoreo longitudinal, integrado y continuo de la población asignada, y posee un papel central en la coordinación de la atención de pacientes con afecciones crónicas⁽¹⁾. La atención integral solo puede llevarse a cabo mediante la implicación de otros servicios⁽²⁾. En Brasil, el modelo que guía a su organización se basa en la Estrategia de Salud de la Familia. En las Unidades de Salud de la Familia (USF), la comunicación en las relaciones interpersonales debería constituirse en un proceso diferenciado, ya que incluye las relaciones interprofesionales en diferentes áreas de la salud, con articulación intersectorial, para hacer efectiva la coordinación de la atención⁽³⁾.

La práctica colaborativa en la atención de la salud se puede definir como la prestación de servicios basados en la integralidad, desarrollada por profesionales de la salud de diferentes áreas. Su objetivo es lograr la más alta calidad de atención en la red de servicios, involucrando a pacientes, familias, cuidadores y comunidades. Tal práctica puede incluirse en el trabajo clínico y no clínico, como diagnóstico, tratamiento, vigilancia o comunicación en salud, administración e ingeniería sanitaria. La colaboración interprofesional, por otro lado, se caracteriza por el intercambio de información de salud, es decir, a través de la comunicación entre profesionales para facilitar la atención a las singularidades de aquellos que se insertan en un servicio en busca de asistencia médica⁽⁴⁾.

En esta investigación, se entiende por cronicidad en el niño a los casos de enfermedades o afecciones crónicas, con o sin diagnóstico médico, que requieren un control continuo por parte de un profesional de la salud. Difiere del concepto de Niños con Necesidades Especiales de Salud (*Crianças com Necessidades Especiais de Saúde*, CRIANES) que son niños que pueden o no desarrollar afecciones crónicas y que presentan necesidades físicas, de desarrollo, comportamentales o emocionales y requieren servicios especiales de salud, más allá de los que habitualmente demandan los niños en general⁽⁵⁾. Se destaca que CRIANES no es sinónimo de niño con afecciones crónicas, sin embargo, en este artículo, los términos se consideran como definiciones complementarias.

Se entiende que la creciente complejidad de las necesidades de salud requiere preparación de parte de los profesionales para trabajar interprofesionalmente⁽⁶⁾. Una investigación reveló que CRIANES presentan mayores posibilidades de requerir atención especializada sin que se satisfaga esta demanda, si se los compara con los niños sin necesidades especiales⁽⁷⁾.

La existencia de equipos comprometidos con la atención de la salud amplía las posibilidades de llevar a cabo acciones

interprofesionales⁽⁸⁾. Sin embargo, la investigación con CRIANES reveló la debilidad en la atención domiciliar por parte de APS, señalando la urgencia de la atención oportuna para estos niños, de modo a establecer vínculos entre la familia y el equipo de salud⁽⁹⁾. La fuerza de trabajo en salud, basada en la colaboración interprofesional, es un mecanismo esencial para moldear a la efectividad de la práctica. Para eso, es necesario tener un enfoque basado en la población o la determinación de sus necesidades, generando nuevos conceptos interprofesionales y considerando la forma en que se llevarán a cabo las acciones de salud hacia la población⁽¹⁰⁾.

Para que se suscite la práctica colaborativa, las habilidades sociales y profesionales de los gerentes de atención son fundamentales, y la comunicación, como un proceso de intercambio de información, es una de estas habilidades⁽¹¹⁾. El proceso de trabajo de salud, como ejercicio cotidiano, requiere la interacción y comunicación entre profesionales, y la de estos con los pacientes, familiares o cuidadores, y considerar, además del marco técnico, de tipo medio-fines, la competencia comunicativa, que concierne a la interacción social⁽⁸⁾.

Sin embargo, aún subsiste la comunicación inadecuada entre profesionales y usuarios en el cuidado de la condición crónica de niños en la APS⁽¹²⁾. Los equipos interprofesionales de APS tienen oportunidades para mejorar la colaboración, más allá del contexto organizativo o político en que operen. Para ello, es necesario que el equipo haya compartido visión y objetivos, procesos formales de calidad y sistemas de información. Además, es necesario que los profesionales se sientan parte del equipo⁽¹³⁾.

Existe un amplio conocimiento sobre el tema "niños con afecciones crónicas", sin embargo, se conoce poco sobre las prácticas de colaboración en el proceso de trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) con este público. A partir de la pregunta de investigación - cómo la comunicación de la salud, en el cuidado de los niños con afecciones crónicas, interfiere en la colaboración interprofesional se plantea el objetivo de comprender cómo la comunicación sanitaria en el cuidado de niños con afecciones crónicas interfiere en la colaboración interprofesional.

Método

Investigación cualitativa, multicéntrica, desarrollada por grupos de investigación de dos universidades federales. Enfoque descriptivo-analítico y transversal al proceso de trabajo de los profesionales de la salud de la USF en dos municipios del estado de Rio Grande do Sul, Brasil.

Los municipios se identificaron como Municipio A (MA) y Municipio B (MB). Según una estimación del Instituto Brasileño de Estadística (IBGE), para 2019, el MA poseía 282.123 habitantes, mientras que en el MB había 211.005

y la densidad de población era de 145,98 hab/km² y 72,79 hab/km², respectivamente⁽¹⁴⁾. Los mismos fueron elegidos considerando la facilidad de acceso de las investigadoras. La recolección tuvo lugar de octubre de 2017 hasta febrero de 2018, mediante entrevista semiestructurada y observación

Las entrevistas se llevaron a cabo en las USF, fueron grabadas en audio mp3 y transcriptas. Presentaban preguntas sobre la trayectoria profesional; las acciones desarrolladas por el profesional, por el equipo e interprofesionalmente; sobre cómo, con quién y qué se comunica y sobre el propósito y las dificultades encontradas para la comunicación con familiares y niños con afecciones crónicas. Todos los médicos y enfermeros que estaban en ejercicio del cargo fueron invitados a participar. En el MA, siete profesionales no aceptaron, mientras que en el MB doce no aceptaron, dos no estaban en la unidad a la hora programada y con ocho de ellos no fue posible establecer contacto. Al final de cada entrevista, se les preguntó a los participantes cómo les gustaría recibir el resultado de la investigación y se aclaró que las transcripciones de sus respuestas estarían disponibles para su verificación.

Las observaciones realizadas después de las entrevistas tuvieron lugar en diferentes turnos, siguiendo la dinámica de trabajo de enfermeros y médicos. En el diario de campo, se registraron pormenorizada y meticulosamente las escenas que se presentaron en los diferentes tipos de acciones desarrolladas por tres equipos en cada municipio durante la ejecución de sus tareas. También fueron grabadas en un dispositivo de audio mp3. Los audios de las observaciones no se transcribieron en su totalidad, sino que se utilizaron para complementar el diario de campo, cuando necesario.

Los datos se organizaron con la ayuda del *software* NVivo versión 12, sin participación financiera. Los datos empíricos de las dos técnicas de recolección se articularon en la codificación de los resultados, que se agruparon por similitud o divergencia, considerando las diferentes realidades de los municipios estudiados.

Luego, el material empírico se analizó con un enfoque dialéctico, inspirado en la propuesta interpretativa⁽¹⁵⁾. Se elaboró una síntesis de los resultados, enumerando los núcleos argumentativos, tomados como testimonios. Los mismos fueron analizados por dos investigadoras. Buscamos revelar la historia y las contradicciones, en cada realidad investigada y entre los municipios, de manera contextualizada, siempre considerando su estructura y organización. Los testimonios se enviaron por correo electrónico a los participantes, para que pudieran evaluarlos y plantear sus objeciones. Este procedimiento garantizó la credibilidad y fiabilidad de la investigación.

Se respetaron los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, de conformidad con las Resoluciones 466/2012 y 510/2016. La investigación se presentó ante

el Comité de Ética de Investigación en el Área de Salud de una Universidad Federal, y obtuvo aprobación mediante Dictamen nº 65/2017, el 20 de octubre de 2017, CAAE n. 4677317.0.1001.5324. Antes de comenzar la recopilación de datos, los participantes analizaron y firmaron el Formulario de Consentimiento Libre Previo e Informado (CLPI). Para garantizar el anonimato de los participantes, las declaraciones se codificaron con la letra E para la entrevista, seguida de E para enfermero o M para médico, con el número de la secuencia de la entrevista junto a la identificación del municipio (MA o MB). Los extractos del diario de campo se registraron con el día de observación, seguido de la identificación del municipio (MA o MB).

Resultados

El MA poseía 19 equipos de Salud de la Familia y fueron entrevistados 30 profesionales, 15 médicos y 15 enfermeros. El MB tenía 36 equipos y se practicaron entrevistas con 50 profesionales. Entre estos, había 30 enfermeros y 19 médicos, con un total de 79 entrevistas, que duraron de 25 a 70 minutos, con 97 horas de observación. Es de destacar que no todos los equipos estaban completos, algunos tenían residentes médicos, con la supervisión de otro profesional.

Los resultados revelaron cómo la comunicación sanitaria interfiere en la colaboración interprofesional en el cuidado de niños con afecciones crónicas. Al final, se creó la nube de palabras, que admite los resultados encontrados.

La comunicación como instrumento de interprofesionalidad.

Profesionales de ambos municipios registraron la importancia de que el cuidado a los niños con condición crónica se lleve a cabo por todo el equipo, de manera colaborativa. Se advierten diferencias, entre ellos, con respecto al alcance de la interprofesionalidad.

[...] a veces necesito hacer una interconsulta con la médica, los agentes de salud de la comunidad nos traen mucha demanda. En términos de visitas, no hay salida sin ellas. (EE1MA); [...] Nosotros, a aquellos niños especiales, les programamos visitas domiciliarias, [...] para trabajar con la familia, con el manejo del niño, para que veamos cómo los atiende la familia, para detectar cualquier señal de advertencia. Existe el programa PSE (Programa Salud en la Escuela) [...] la enfermera, el dentista, actúan allí pero nosotros también interactuamos con la escuela. En la escuela (nombre de la localidad rural) tienen una terapeuta escolar, trabajamos en estrecha colaboración. Ella hace la detección de niños con retraso en el desarrollo escolar, que evaluamos si necesitan asistencia psicológica. Entonces, hacemos este trabajo compartido. (EM13MA)

En MA, la comunicación implica interprofesionalidad entre el equipo y la familia. La escuela también forma parte de las acciones que se llevan a cabo. En MB, la mayoría de los profesionales refiere que el equipo desarrolla el papel de coordinador de atención para niños con afecciones crónicas, acompañado por el sector secundario y respaldado por un equipo amplio.

[...] El papel de coordinador de atención de esta familia nos pasa mucho. Nuestro protagonismo implica que, hagamos una comparación: si este niño estuviera en un sector de la ciudad que no tiene Salud de la Familia, incluso si tiene acceso al sector secundario, la tasa de fracaso de esta atención será mucho mayor porque solo se tiene acceso al sector secundario. La atención primaria [sin ESF] no puede prestar apoyo adecuadamente. En el caso de Salud de la Familia, la tasa de éxito tiene que ser mayor porque tienes nutricionista, preparador físico, fisioterapeuta, trabajador social, psicólogo, médico, enfermero, dentista. Y el acceso no se da a través de un formulario, ni por contraseña, se debe a las necesidades de la persona [interprofesionalidad]. Ella viene a la unidad, busca atención y nosotros generamos este caso. Entonces, al generar el caso tenemos cinco, seis profesionales discutiendo un plan terapéutico para esta familia. Entonces, esto hará que la persona realmente tenga una atención integral. (EM9MB)

Se identificó que el modelo organizativo, en ambos municipios, implica el manejo de casos. Mientras que, en MA, el equipo tiene ACS, familia y escuela; el MB tiene la estructura del Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (*Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF*), que amplía la interprofesionalidad. Los equipos de MB pueden articular la interprofesionalidad con NASF, porque en este municipio existen seis equipos NASF, que sirven a los 36 equipos de ESF.

[...] Estos niños obesos, que en general son un poco más grandes, generalmente llamamos al NASF para ver también, la parte de la psicóloga, y la nutricionista. No es algo que quede solo entre nosotros, porque si bien la demanda es menor, son casos más complicados. Porque, se trata de un niño, generalmente, interviene un nutricionista, un preparador físico y un psicólogo. (EM7MB)

En el MA, algunos equipos cuentan con el apoyo de la Residencia Multiprofesional para ampliar la atención a niños con afecciones crónicas. Los testimonios revelan cómo ocurre la interprofesionalidad y los beneficios derivados de ella.

[...] Tuvimos una madre, por ejemplo, que no se hizo el prenatal en esta USF, comenzó a traer al niño para pesarse y no quería que nadie se acercara, y luego descubrimos que el niño tenía Down [diagnosticado con síndrome de Down] [...] en el pesaje yo conversé, habló el agente de salud, y todos dijeron lo mismo, "pero traiga, pero venga, es importante, vamos a participar", ella comenzó a venir y comenzó a traer al niño para hacer el seguimiento con nosotros. Ella fue derivada a un neurólogo y derivada a pediatría desde allí, para su evaluación.

[...] También fue al fonoaudiólogo, porque hay una fonoaudióloga en la residencia, por lo que ella lo evaluó y lo derivó también. Precisamente por esa otra mirada [de otra profesión] que no tenemos. Si la fonoaudióloga no estuviera conmigo cuando la niña bostezó, no vería que tenía la lengüita de corazón. Entonces, estas son cosas que la fonoaudiología detecta en el momento "mira, tiene, lengüita de corazón". (EE1MA)

La enfermera destaca la importancia de la colaboración interprofesional facilitada por la presencia de la Residencia Multiprofesional. Sin embargo, está claro que todavía es necesario estimular, en la madre, el vínculo con el equipo de la USF.

La interdependencia entre interprofesionalidad y vínculo.

Se ha informado sobre las dificultades de vincular al niño con afección crónica y su familia, con la USF.

[...] una dificultad que tenemos es el hecho de que cuando las personas acuden a un servicio especializado, piensan que no necesitan el seguimiento [en la USF], [...] así que comenzamos a hacer el seguimiento de estos niños, especialmente con patologías más serias, las madres dicen: "No, no tienes que preocuparte porque a él lo atienden en el Hospital Universitario". [...] Y luego explicamos que no reemplazará la atención especializada, pero necesitamos saber, si estás en casa y te sientes mal, necesito saber qué medicamentos tomas, entonces la gente comienza a venir, pero es un trabajo de hormiga. (EE1MA)

Por otro lado, en el MB, se observó que el vínculo ya existe, que las familias de niños con afecciones crónicas buscan la USF.

Realizamos puericultura, visitas a domicilio, solicitamos material. Por ejemplo, tengo una niña, [nombre], todos los meses solicito los frascos para alimentación de la sonda, cuando debo cambiarlo. La madre tenía preeclampsia y terminó teniendo un parto a las 26 semanas. La niña tiene varias secuelas. Y está [nombre] con un año, sufrió un derrame cerebral y silla de ruedas. Entonces, hacemos todo este monitoreo, practicando el seguimiento en su fisioterapia. Nosotros también los derivamos a los servicios que tenemos. Los niños terminan bajo la LOAS [Ley Orgánica de Asistencia Social]. Entonces, nos encargamos de las vacunas. Intentamos hacer un trabajo completo para ellos. Y nosotros también tenemos acceso, los padres, cuando lo necesitan, vienen a la unidad y solicitan nuestro trabajo. También tienen una agenda de puericultura. El niño siempre viene y se va con la próxima cita programada, es cuidado continuo, programado (EE11MB).

Mientras que en el MA, es difícil vincular a la familia con la USF; en el MB, el enlace existe debido al carácter resolutivo que brinda seguridad a la familia, como lo demuestra el informe del proceso de trabajo. Se considera crucial explicar las realidades dispares, el contexto histórico y político de los dos municipios con respecto a la cobertura de la ESF y el apoyo de los equipos del NASF.

La comunicación escrita o telefónica como instrumento de colaboración interprofesional.

Hay casos de afecciones crónicas infantiles en las que la enfermera identifica la necesidad de comunicarse con otros profesionales u otros servicios.

[...] si estoy haciendo la consulta de enfermería e identifico que este paciente crónico tiene algunas complicaciones o está en riesgo, ya llamaré al médico o al dentista [...] ya hemos activado la vigilancia epidemiológica (EE15MB).

Esta comunicación con otros sectores varía en función de la realidad de los municipios encuestados. En el MB, los profesionales explican la necesidad de comunicación y de compartir la atención con ese sector.

[...] necesitamos tener contacto con los centros de referencia, con otros profesionales, el servicio se restringe solo a este, con los profesionales de la unidad. En realidad, trabajamos con otros sectores. Ven aquí, me pongo en contacto la [nombre de la universidad], "Mira, estoy en una situación así". A veces, el niño llega a una situación más precaria, entonces ya hacemos otras derivaciones. Tenemos el NASF, el trabajador social ya se moviliza, por lo que depende de cada contexto, de cada situación. (EE16MB); [...] Y la atención de niños con enfermedades crónicas requiere más atención conjunta con el sector secundario. (EM9MB); [...] Con el equipo, con otros sectores, con otros profesionales. A veces, si el equipo tiene dudas, se llama a un especialista para buscar alguna orientación. Y se hace la derivación necesaria. De hecho, se intercambian ideas. (EE16MB)

La enfermera del MB presenta la forma cómo se lleva a cabo el seguimiento del caso. Para esto, la comunicación escrita acerca la APS al sector secundario, favoreciendo la atención integral.

[...] Tienen una consulta con la médica, pero también ya son niños que están en el programa, o ya consultan al neumopediatra. Logran consultar a su pediatra. Y aquí vienen más o para renovar [receta] o en crisis. Hay niños con autismo, los tengo aquí, pero también está la [nombre de la asociación autista] y está el Caps I [infantil]. El Caps I brinda atención. El [nombre de la asociación autista] brinda atención. Y luego el médico de allí lo envía diciendo "ah, ese paciente", les da el historial y les pide a las médicas que renueven la receta. Y los médicos, siempre que haya alguna complicación, los atienden, normalmente. Y siempre tienen acceso gratuito, sin necesidad de sacar un turno (EE1MB).

En el MA, sin embargo, hay debilidades en la contrarreferencia. La falta de comunicación con el sector secundario, identificada como falta de retorno, fue bastante evidente en los testimonios de profesionales en ese municipio.

[...] siempre trato de obtener una contrarreferencia de un experto, que yo, en tres años y medio, nunca me enviaron contrarreferencia, en todas las referencias escribo "solicitamos, por favor una contrarreferencia", para ver su respuesta, y

no la tenemos, no existe (EM5MA). [...] también hay niños con seguimiento en el HU, pero no hemos recibido ningún comentario. A veces es el paciente quien lo trae. Y el paciente trae el documento, pero no tenemos ningún comentario de la institución, y eso es necesario, porque a veces no sabemos lo que se definió (EE10MA).

Al mencionar que el "paciente trae el papel", la enfermera envía al registro de la atención al paciente en el Hospital Universitario. En este supuesto, la devolución del caso ocurre de manera informal, dependiendo de la corresponsabilidad del paciente/familia.

En el MA, algunos profesionales afirman que el niño con una condición crónica pertenece al sector especializado, sin revelar la necesidad de comunicación entre sectores.

[niño con problema] neurológico que tenemos, lo mismo se hace, la visita al hogar (por la ASC). Investigadora: -¿Tienen vínculos con otros servicios? Médica: -Sí, generalmente tienen un vínculo allí con el hospital universitario, con la neurología pediátrica del hospital universitario. Investigadora: -¿No se quedan aquí con ustedes? Médica -No, no (EM11MA).

La comunicación intersectorial, escrita o telefónica, ocurre de manera diferente en los dos municipios, interfiriendo en la colaboración interprofesional. Los datos confirman la influencia del contexto municipal, en este caso, involucrando al USF y servicios especializados.

Comunicación verbal nula o contradictoria

Los datos que surgen de la observación revelan la dificultad de comunicación en casos complejos. En estas situaciones, se vuelve nula.

[...] En el caso del último niño visto en el grupo de puericultura, la enfermera le pregunta a la madre: - ¿mejoró? La madre responde que su esposo toma [bebida alcohólica] todos los días, que dice que está "celebrando" el nacimiento de su hijo. Ella ríe. La enfermera pregunta: - ¿todos los días? La madre dice que su esposo afirma que es joven, que la bebida no hace daño, que se detendrá cuando quiera. La enfermera no brinda ninguna orientación. Después de que la madre y el niño se retiran, la enfermera explica que el caso es delicado, que su familia comenzó a ser asistida recientemente, ya que su esposo es alcohólico y violento, y que, poco a poco, los niños comenzaron a ser atendidos en la Unidad. La enfermera explica que es muy difícil trabajar con familias que tienen estos problemas [alcoholismo], que tiene que ser un trabajo de hormiga. (Diario de campo, 18/01/2018, MB)

Se constató que la enfermera de MB no brindó orientación a la madre al momento de la observación, pero reveló conocer el caso. Además, dejó en claro que los equipos deben actuar lenta y continuamente para vincular casos en situaciones de vulnerabilidad infantil.

La comunicación contradictoria entre el equipo en la atención de salud de niños con afecciones crónicas

se observó en el MA, revelando la dificultad de los profesionales para desarrollar la interprofesionalidad.

Puericultura llevada a cabo por una enfermera y un Agente Comunitaria de Salud. Niño con sobrepeso, tres años, 27 kg, 106 cm de altura. La madre solicita medicamentos para dejar de amamantar, la enfermera y la ACS preguntan la frecuencia de la lactancia, la madre responde que es solo de noche. Al mismo tiempo, enfermera y ACS dicen que no es necesario tomar medicamentos, solo dejar de ofrecerlos. La madre informa que durante el día él toma la mamadera, pero por la noche la suegra le dice que le dé la "teta" porque el niño llora y la abuela está cansada, porque ella trabaja en la construcción. La enfermera le aconseja que le ofrezca leche en un vaso al niño, la ACS no está de acuerdo con la enfermera, dice: - "es un bebé, puede tomar la mamadera, sí" y aún le dice a la enfermera: - "¡a tus hijos seguro que le

das la mamadera!" La enfermera recomienda el cepillado para el niño. (Diario de campo, 20/11/2017, MA)

Se revela que la comunicación contradictoria entre dos profesionales impide que ocurra la interprofesionalidad, especialmente en presencia del paciente. Se enfatiza la importancia de una comunicación activa y respetuosa entre el equipo, así como entre el equipo y los usuarios. Esta comunicación debe ser un tema de educación permanente, con miras a la colaboración interprofesional.

Los resultados presentados aquí están respaldados por la nube de palabras (Figura 1), que contiene las palabras repetidas del conjunto de datos recopilados. La centralidad de la palabra niño, rodeada de las palabras equipo, comunicación, información, familia, cuidado, conversación, trabajo, tratamiento y también dificultades, valida el análisis del material empírico presentado.

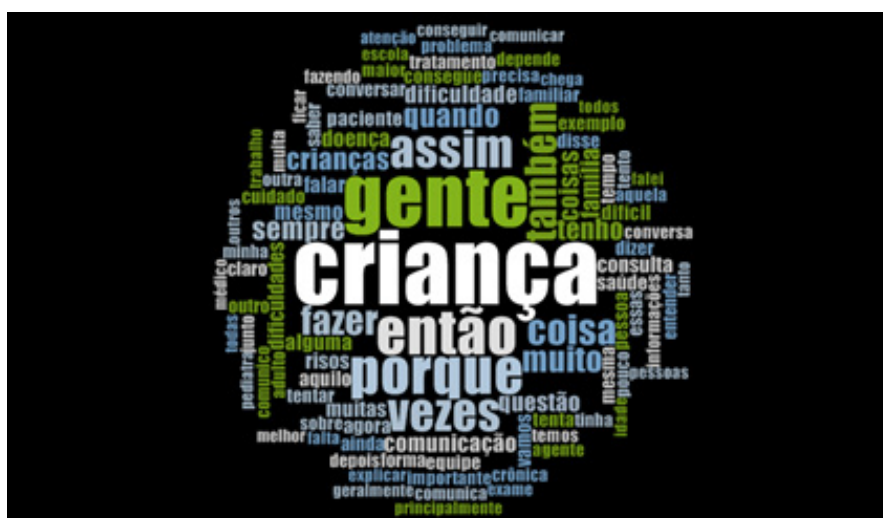


Figura 1 - Nube de palabras generada a partir del software NVivo versión 12 - Consulta de frecuencia para palabras presentes en entrevistas y diarios de campo.

Discusión

Los participantes de la investigación indicaron que la comunicación, en el equipo, así como con otras instituciones, es necesaria para desarrollar la colaboración interprofesional con el niño de crónica, debido al hecho de que se trata, en general de casos complejos, que exigen diversos conocimientos profesionales.

Los profesionales de los equipos del MB mencionaron la NASF como una posibilidad para ampliar la interprofesionalidad. Ya en el MA, los equipos cuentan con la familia, la escuela y la Residencia Multiprofesional. Se puede ver que la implementación de equipos NASF puede ayudar en la práctica interprofesional en la ESF, aunque la forma de organización y la proactividad de los profesionales, produzca igualmente un impacto en relación a esto.

El estudio identificó que existen lagunas en la capacitación sanitaria de los profesionales para actuar en la APS de acuerdo con los principios del Sistema Público de Salud y facilitar la atención integral a los usuarios⁽¹⁶⁾. Se encontró que existen posibilidades de integración colaborativa en el ESF, pero se hace necesario que las instituciones, a través de sus gerentes, se acerquen y reconozcan sus espacios y sus funciones. A los profesionales cabe el esfuerzo y compromiso en la búsqueda de la interprofesionalidad.

La interprofesionalidad con el sector secundario se identificó en los testimonios de los profesionales del MB, ya que se esfuerzan por mantener la comunicación con sectores especializados y la circunstancia de compartir la atención de los niños con una condición crónica parece haberse producido debido a una mayor integración.

Mientras el MA espera el formulario de contrarreferencia, el MB llama e intercambia ideas con los expertos.

La intencionalidad de la comunicación con el sector secundario y la práctica de llamarse a sí mismo a la coordinación del plan terapéutico, considerando que el niño con una condición crónica es responsabilidad de la USF, nos permite pensar que la integralidad, en el cuidado de niños con este tipo de problema, se puede lograr en los municipios, como se evidencia en el MB. Se puede decir que, en MA, esta intencionalidad no se comparte entre APS y el sector secundario

En una investigación realizada con cuidadores de niños con diabetes mellitus tipo 1, se identificó al servicio especializado como fuente regular de atención y lugar de mejores prácticas de salud. Según el estudio, el mayor contacto de los participantes, con el servicio especializado, así como su disponibilidad, puede estar relacionado con la elección de esta fuente regular de atención, revelando las debilidades de las acciones y servicios de APS⁽¹⁷⁾. Acerca de CRIANES con diabetes mellitus tipo 1, la investigación reveló que las familias dedican a diario mucho tiempo en el cuidado de sus hijos, en comparación con los CRIANES no diagnosticados⁽¹⁸⁾.

La revisión también confirma que los padres de niños con cronicidades tienen necesidades significativas y distintas de apoyo durante el cuidado de sus hijos⁽¹⁹⁾. Aun así, los padres de CRIANES generalmente buscan información de otros padres para enfrentar los desafíos en términos de cuidado de sus hijos. También necesitan apoyo emocional y usan las redes sociales⁽²⁰⁾ para esto. Los equipos multidisciplinarios tienen espacio para garantizar que las intervenciones sean factibles, relevantes y accesibles para los padres de estos niños⁽¹⁹⁾.

En el MA, se identificó la ausencia de la contrarreferencia, haciendo imposible la comunicación con el sector secundario. Sin embargo, cabe a la APS integrar los cuidados recibidos por el niño desde otros puntos de atención. A tal efecto, la comunicación y el correcto funcionamiento del flujo de asistencia son esenciales para que los servicios apoyen a las familias durante la enfermedad de sus hijos⁽²¹⁾. La investigación realizada en el APS en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, corrobora, afirmando que el trabajo desarrollado de manera fragmentada en el equipo, la ineficiencia de referencia y contrarreferencia, así como la dificultad de trabajar con otros sectores de la salud, pueden perjudicar la continuidad del cuidado de niños con afecciones crónicas⁽²²⁾.

Asimismo, el servicio especializado ha sido identificado como una fuente regular de atención médica en otra investigación⁽²³⁾. Las necesidades de salud de los niños con afecciones crónicas son multifacéticas y

requieren varias disciplinas y servicios, desarrollados de manera interprofesional^(2,24). De esta forma, la integración requiere de los servicios el fortalecimiento de la capacidad de comunicación entre ellos, la definición y la atribución clara de las acciones de cada servicio. Además, exige que los gerentes se comprometan con la política y la legislación e institucionalicen acciones para integrar los servicios y del cuidado longitudinal⁽²⁴⁾.

Es necesario reconocer que la colaboración interprofesional es esencial para la implementación de un modelo de atención primaria de salud pediátrica que pretenda tener como resultado, la salud y el bienestar de la población⁽²⁵⁾. Para este propósito, es imprescindible enfrentar la ausencia de contrarreferencia identificada por los profesionales del MA, buscando otras formas de comunicación, que respondan a las necesidades identificadas por los equipos para la construcción del plan terapéutico para niños con afecciones crónicas.

Un estudio destacó que, después de compartir objetivos entre dos sectores, farmacia comunitaria y personal de medicina familiar, en los Estados Unidos, los equipos desarrollaron conjuntamente estrategias de comunicación para gestionar la atención de pacientes con hipertensión y diabetes *mellitus*. La creación de un equipo colaborativo entre estos sectores se consideró como el mayor resultado del proyecto, que mantiene el trabajo conjunto en otras iniciativas, en las que el paciente es el centro de atención⁽²⁶⁾. Otra investigación identificó que tener claridad sobre las funciones de cada profesional, así como compartir casos, usar habilidades de comunicación, tener confianza y recibir apoyo, son factores que influyen en la interacción entre enfermeras y médicos de diferentes sectores⁽²⁷⁾.

La interprofesionalidad requiere que los profesionales se comuniquen de manera efectiva y respetuosa. La comunicación efectiva y la comprensión de las responsabilidades profesionales son competencias básicas de la práctica colaborativa centrada en el paciente⁽²⁸⁾. En este contexto, los profesionales de la salud que deseen actuar como equipos interprofesionales deben invertir un tiempo considerable para tratar de comprender el propósito y la dirección. Aun así, necesitan tener en claro todo lo referido a las tareas en las que actúan⁽²⁹⁾.

La investigación no entrevistó a los usuarios, lo que se identificó como un factor limitante. Se sugiere trabajos futuros que tengan como objetivo comprender la percepción de los miembros de la familia de los niños con afecciones crónicas sobre la comunicación interprofesional entre ESF y los diferentes servicios que los mismos requieren.

Es de destacar que la presente investigación contribuyó al avance del conocimiento científico sobre el tema de los

niños con afecciones crónicas en la APS, ya que destacó los elementos relevantes de la colaboración interprofesional. Se detectó que la comunicación entre los sectores de salud depende del movimiento activo de los profesionales, revelando que es posible que el equipo de la USF asuma la responsabilidad de coordinar el plan terapéutico.

Conclusión

Esta investigación nos permitió comprender cómo la comunicación de la salud, en el cuidado de niños con afecciones crónicas, interfiere en la colaboración interprofesional. Se concluye que los siguientes marcadores son esenciales para la interprofesionalidad: la amplitud de la interprofesionalidad, dada por la comunicación plurinstitucional; el contexto histórico y político de los municipios; el vínculo entre el equipo de profesionales y las familias con niños con afecciones crónicas y la comunicación activa y resolutive. Es esencial centrarse en dichos factores para fomentar la colaboración interprofesional.

La coordinación del plan terapéutico y la responsabilidad de la USF por los niños con condición crónica, con colaboración interprofesional en confluencia con intención de entablar comunicación con el sector secundario, fueron las evidencias más importantes de la presente investigación. Estos factores hacen la diferencia en los servicios. En este contexto, la comunicación es esencial para que la interprofesionalidad opere en el cuidado de niños con afecciones crónicas, favoreciendo la plurinstitucionalidad y la intersectorialidad.

La comunicación es una habilidad que necesita ser aprehendida y valorada entre los profesionales de la salud. A los gerentes y profesionales cabe la tarea de pensar en estrategias que faciliten y establezcan el flujo de asistencia entre los diversos servicios.

Referencias

1. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1141-54. doi: 10.1590/1413-81232017224.28632016
2. Roman SB, Dworkin PH, Dickinson P, Rogers SC. Analysis of Care Coordination Needs for Families of Children with Special Health Care Needs. *J Dev Behav Pediatr*. 2020 Jan;41(1):58-64. doi: 10.1097/DBP.0000000000000734
3. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018 Sep;42(Sp.1):244-60. doi: 10.1590/0103-11042018s116

4. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. [Internet] Geneva: WHO; 2010 [cited Dec 14, 2019]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=39314AFD55646C8770C743C31320B0A3?sequence=1
5. McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newachek PW, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998 Jul;102(1):137-41.
6. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Sp.2):16-24. doi: 10.1590/S0080-623420150000800003
7. Huang L, Freed GL, Dalziel K. Children With Special Health Care Needs: How Special Are Their Health Care Needs? *Acad Pediatr*. 2020 Jan 22. pii: S1876-2859(20)30009-7. doi: 10.1016/j.acap.2020.01.007
8. Silva FAM, Cassiani SHDB, Silva FAM. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013>
9. Nogueira Reis KM, Vilaça Alves G, Araújo Barbosa T, de Oliveira Lomba G, Pinto Braga P. A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde. *Cienc Enferm*. 2017 Abr;23(1):45-55. doi:10.4067/S0717-95532017000100045
10. Overbeck G, Davidsen AS, Kousgaard MB. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implem Sci*. 2016;11:165. doi: 10.1186/s13012-016-0519-y
11. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Conceptions and typology of conflicts between workers and managers in the context of primary healthcare in the Brazilian Unified National Health System (SUS). *Cad Saúde Pública*. 2014 Jul;30(7):1453-62. doi: 10.1590/0102-311X00134613
12. Silva SA, Fracolli LA. Evaluating child care in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):47-53. doi: 10.1590/0034-7167.2016690107i
13. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. 2016 Jul 20;17:83. doi: 10.1186/s12875-016-0492-1
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Panorama. [Internet]. [Acesso 14 mar 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>
15. Campos RO. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos.

- Physis. 2011 Dec;21(4):1269-86. doi: 10.1590/S0103-73312011000400006
16. Santos MC, Frauches MB, Rodrigues SM, Fernandes ET. The work process at the Family Health Support Center (FHSC): The importance of professional qualification. *Health Soc Change*. 2017 May;8(2):60-9. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4095>
17. Wolkers PCB, Macedo JCB, Rodrigues CM, Furtado MCC, Mello DF. Primary care for children with type 1 diabetes mellitus: caregiver perspectives. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):451-7. doi: 10.1590/1982-0194201700066
18. Miller JE, Nugent CN, Russell LB. How much time do families spend on the health care of children with diabetes? *Diabetes Ther*. 2016 Sep;7(3):497-509. doi: 10.1007/s13300-016-0181-z
19. Bradshaw S, Bem D, Shaw K, Taylor B, Chiswell C, Salama M et al. Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity - a scoping review. *BMC Pediatr*. 2019 Aug 30;19(1):301. doi: 10.1186/s12887-019-1648-7
20. DeHoff BA, Staten LK, Rodgers RC, Denne SC. The role of online social support in supporting and educating parents of young children with special health care needs in the United States: a scoping review. *J Med Internet Res*. 2016 Dec 22;18(12):e333. doi: 10.2196/jmir.6722
21. Silva RMM, Sobrinho RAS, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. Challenges in the coordination of children's healthcare. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Apr;20(4):1217-24. doi: 10.1590/1413-81232015204.00742014
22. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, Sena RR. Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Dec; 24(4):1009-1017. doi: 10.1590/0104-0707201500003040014
23. Silva CB, Paula CC, Lopes LFD, Harzheim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):489-97. doi: 10.1590/0034-7167.2016690315i
24. Gilbert AL, Downs SM. Medical legal partnership and health informatics impacting child health: interprofessional innovations. *J Interprof Care*. 2015;29(6):564-9. doi: 10.3109/13561820.2015.1029066
25. Hobart CB, Daines CL, Phan H. Developing future clinical pharmacy leaders in the interprofessional care of Children With Special Health Care Needs And Medical Complexity (CSHCN-CMC) in a pediatric pulmonary center. *Children (Basel)*. 2019 Dec 9;6(12):135. doi: 10.3390/children6120135
26. Renfro CP, Ferreri S, Barber TG, Foley S. Development of a communication strategy to increase interprofessional collaboration in the outpatient setting. *Pharmacy (Basel)*. 2018 Jan 6;6(1):4. doi: 10.3390/pharmacy6010004
27. Biezen MVD, Wensing M, Poghosyan L, Burgt RVD, Laurant M. Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:589. doi:10.1186/s12913-017-2548-x
28. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care*. 2009 Jan;23(1):41-51. doi:10.1080/13561820802338579.
29. Golom FD, Schreck JS. The journey to interprofessional collaborative practice: are we there yet? *Pediatr Clin North Am*. 2018 Feb;65(1):1-12. doi:10.1016/j.pcl.2017.08.017


Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Maria Denise Schimith, Marta Regina Cezar-Vaz, Daiani Modernel Xavier, Letícia Silveira Cardoso. **Obtención de datos:** Maria Denise Schimith, Marta Regina Cezar-Vaz. **Análisis e interpretación de los datos:** Maria Denise Schimith, Marta Regina Cezar-Vaz. **Redacción del manuscrito:** Maria Denise Schimith, Marta Regina Cezar-Vaz, Daiani Modernel Xavier, Letícia Silveira Cardoso. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Maria Denise Schimith, Marta Regina Cezar-Vaz, Daiani Modernel Xavier, Letícia Silveira Cardoso. **Todos los autores aprobaron la versión final del texto.** **Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 14.12.2019
Aceptado: 08.07.2020

Editor Asociado:
Pedro Fredemir Palha

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Maria Denise Schimith
E-mail: ma.denise2011@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-4867-4990>