



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Brenda Meinschein Freitas

**IMPACTO DA COVID-19 NA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: discursos de profissionais de saúde**

Florianópolis

2022

Brenda Meinschein Freitas

**IMPACTO DA COVID-19 NA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: discursos de profissionais de saúde**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof Dra Eliane Regina Pereira do Nascimento

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Freitas, Brenda Meinschein

Impacto da Covid-19 na referência e contrarreferência
em uma unidade de pronto atendimento : discurso de
profissionais de saúde / Brenda Meinschein Freitas ;
orientador, Eliane Regina Pereira do Nascimento, 2022.
98 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. serviços médicos de emergência. 3.
pronto atendimento. 4. encaminhamento e consulta. 5.
enfermagem. I. Nascimento, Eliane Regina Pereira do . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Brenda Meinschein Freitas

**IMPACTO DA COVID-19 NA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: discursos de profissionais de saúde**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de novembro de 2022

Prof.^aDr.^a Margarete Maria de Lima
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Prof.^aDr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento
Orientadora e Presidente

Banca examinadora:

Prof.^aDr.^a Elaine Cristina Novatzi Forte
Universidade Federal de Santa Catarina

Enfermeira.^a Dr.^a Patrícia Madalena Vieira Hermida
Membro Efetivo
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a mim mesma por não desistir e por acreditar cada vez mais no meu potencial.

Aos meus pais que me deram suporte nessa caminhada, fornecendo apoio, amor, carinho e me incentivando a ser melhor. Agradeço ao meu namorado pelo companheirismo.

Agradeço à minha querida amiga, Vitória Carolini, que esteve comigo desde o início da graduação, não tenho palavras para descrever o quanto sua amizade é importante para mim.

Agradeço à minha orientadora professora Eliane Nascimento pelos seus ensinamentos, correções e pela paciência, você foi essencial para a minha formação.

Ao Laboratório de Pesquisa no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde (GEASS) que me proporcionou vivências e conhecimentos durante esses dois anos. Agradeço aos membros do grupo, em especial a Patrícia Hermida e Luciana Bihain, pela troca de ideias e auxílio.

A todos os professores, mestres e enfermeiros que fizeram parte da minha graduação, meu muito obrigada.

Aos amigos e familiares, obrigada por todo o apoio e carinho de vocês.

RESUMO

O estudo teve como **objetivo geral** analisar a referência e contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento, bem como as repercussões da Covid-19 nesse sistema sob a perspectiva de enfermeiros e médicos. Objetivos específicos identificar as facilidades e dificuldades da referência e contrarreferência antes da pandemia, durante a pandemia e no momento atual, segundo enfermeiros e médicos. **Metodologia:** pesquisa exploratória, descritiva, do tipo qualitativa, realizada com 13 profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Pronto Atendimento. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, semiestruturada, e analisados a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** das entrevistas foram extraídos 19 Discursos do Sujeito Coletivo. Quanto à contrarreferência, antes da pandemia, a facilidade voltou-se para o próprio encaminhamento realizado por meio da carta de contrarreferência preenchida pelos médicos por meio do sistema Celk, já em relação às dificuldades, foram destacadas as unidades superlotadas que não conseguiam absorver a demanda populacional, assim como a falta de profissionais nas equipes de saúde. Durante a pandemia, a facilidade da contrarreferência foi a criação de uma central de apoio local aos pacientes com sintomas respiratórios leves e moderados. A principal dificuldade foi em relação à priorização dos atendimentos dos pacientes com sintomas respiratórios nas unidades básicas. No momento atual, a dificuldade na contrarreferência está relacionada ao acesso dos usuários às unidades básicas após o encaminhamento médico e o consequente aumento de demandas não emergenciais na Unidade de Pronto Atendimento. No tocante à referência antes da pandemia, os profissionais destacaram como facilidade as situações clínicas dos pacientes em que existe um hospital referência pré-determinado e a possibilidade de transferência por meio da Vaga Zero, enquanto a dificuldade, era voltada aos casos mais complexos e aos mais estáveis que necessitavam de investigação no hospital, uma vez que os profissionais tentavam encaminhamento para diferentes hospitais e não tinham êxito. Durante a pandemia, a referência de pacientes com Covid-19 passou a ser realizada por meio de uma central de regulação de leitos que auxiliou na organização das solicitações de leitos de enfermagem e terapia intensiva, sendo ressaltada como uma facilidade, assim como o transporte em saúde que foi considerado positivo. Em contrapartida, a falta de leitos nos hospitais, sobretudo leitos de terapia intensiva, emergiu como dificuldade à referência durante a pandemia. Atualmente as dificuldades na referência são: a referência dos pacientes com Covid-19 pelos enfermeiros que não estavam acostumados a realizar essa função, a burocracia e a demora na referência de médico para médico e o desmonte da estrutura Covid-19. **Conclusão:** a referência e contrarreferência encontram barreiras tais como logística, a falta de recursos humanos e a estrutura hospitalar que impedem ou atrasam a sua concretização. O período pandêmico foi um fator determinante nas dificuldades da referência e contrarreferência, entretanto, houveram organizações que contribuíram para a operação desse sistema, entre eles: a criação de uma central de apoio à contrarreferência, o centro de regulação de leitos e a ampliação do serviço de transporte.

Palavras-chave: serviços médicos de emergência; pronto atendimento; encaminhamento e consulta; pesquisa sobre serviços de saúde; enfermagem em emergência; enfermagem.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Ideias centrais dos discursos em relação à contrarreferência.

Figura 2 - Ideias centrais dos discursos em relação à referência.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Ancoragem

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ATP – Atenção Primária à Saúde

CAT – Centro Ambulatorial de Triagem

CERIH - Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

EC – Expressão Chave

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IC – Ideia Central

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISREG – Sistema de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVO	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	14
3.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SUAS IMPLEMENTAÇÕES.....	17
3.3	REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA.....	18
3.4	PANDEMIA PELA COVID-19.....	20
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	TIPO DE ESTUDO	22
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	23
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	23
4.4	COLETA DOS DADOS.....	23
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5	RESULTADOS.....	26
5.1	MANUSCRITO.....	26
5.1.1	Introdução.....	27
5.1.2	Método.....	29
5.1.3	Resultados.....	30
5.1.4	Discussão.....	43
5.1.5	Considerações finais.....	53
5.1.6	Referências do manuscrito.....	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	75
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC	78

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das principais conquistas da população para a garantia do direito de acesso à saúde de qualidade (JACCOUD; VIEIRA, 2018), constituído de princípios doutrinários e organizativos que afirmam a garantia do acesso universal, gratuito e com a assistência continuada, organizado de forma hierarquizada e regionalizada, com participação popular e descentralização (GONZAGA; FERREIRA, 2017).

Para garantir a integralidade da assistência, que se baseia no conjunto de ações contínuas e articuladas entre os serviços de saúde com objetivos preventivos e curativos desenvolvidas em todos os níveis de complexidade do sistema de forma hierarquizada, foi estabelecida a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SANTOS *et al.*, 2021). A RAS busca assegurar a qualidade e a equidade, organizando as ações em três níveis articulados: a Atenção Primária em Saúde (APS) ordenadora de rede; a Atenção Secundária em Saúde; e a Atenção Terciária em Saúde (DAMACENO *et al.*, 2020).

Entre os componentes da RAS encontra-se a Rede de Atenção às Urgências Emergências (RUE) criada a partir da Portaria nº 1.600 em 2011 com o objetivo de articular e integrar os serviços de urgência e emergência (CANEPPELE *et al.*, 2020). Em sua composição estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), serviços de atenção à saúde voltados para a complexidade intermediária, que operam de forma articulada à Atenção Básica, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar. Esses componentes têm como finalidade, possibilitar o melhor funcionamento da rede, visando um atendimento resolutivo e qualificado aos usuários, bem como a segurança do paciente (BRASIL, 2017).

A articulação entre os serviços de saúde está intrinsecamente relacionada ao sistema de referência e contrarreferência, o qual se refere ao mecanismo empregado para o estabelecimento da comunicação entre os serviços, por meio de fluxos e contrafluxos de informações, pessoas e recursos que perpassam pelos pontos de atenção que compõem a rede. Por meio desse sistema é possível perceber, nos serviços de saúde, que o usuário obtém a continuidade no cuidado ofertado, visto como um todo e recebendo atenção integral (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Em relação à UPA, destina-se ao atendimento de pacientes com patologias agudas e casos de urgência, e que utiliza muito o mecanismo de referência para encaminhar pacientes graves que necessitam de um serviço de maior densidade tecnológica, com transferência para hospitais de grande porte ou especializados. Todavia, a literatura destaca que no país há uma

integração parcial das UPA com os demais componentes da RUE, devido às dificuldades estruturais de referência dos pacientes (KONDER; O'DWYER, 2019).

Sendo assim, apesar da importância do sistema para a integralidade da assistência, ainda são identificadas algumas limitações e desafios para a articulação dos serviços, tais como a falta de comunicação, de compreensão e de conhecimento acerca do funcionamento dos serviços, o que interfere na logística de organização dos fluxos e encaminhamentos, permitindo a fragmentação da assistência e a desarticulação entre os serviços, com reflexos na incapacidade de promoção de cuidados coordenados (FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021; SANTOS *et al.*, 2021).

Nesse meandro, a pandemia da Covid-19 impôs ao Brasil um grande desafio, sendo imprescindível a adoção de estratégias para a minimizar a transmissão da doença e o seu enfrentamento (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o combate ao Coronavírus depende da organização da rede de serviços por meio dos pontos de atenção, maximizando as chances de cura e sobrevivência dos pacientes e minimizando a transmissão da doença. Essa organização implica na contemplação de fluxos de pacientes, na função de cada ponto de atenção (indicando os cuidados que podem ser realizados) e na relação entre eles, por meio do sistema de referência e contrarreferência (PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2020).

A partir desse cenário e diante da relevância da UPA no enfrentamento da crise vivenciada nas portas das emergências hospitalares, bem como a incipiência de estudos relacionados a esse ponto de atenção, e em especial acerca da referência e contrarreferência para a consolidação do princípio da integralidade do SUS da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), justifica-se a importância deste estudo, que tem como questionamentos: Como enfermeiros e médicos avaliam o sistema da referência e contrarreferência em uma UPA? Como a pandemia de Covid-19 repercutiu na referência e contrarreferência em uma UPA? Julga-se que o estudo poderá contribuir para a elaboração de estratégias com vistas a melhorar a acessibilidade dos usuários, assim como a continuidade da atenção em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a referência e contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento, bem como as repercussões da Covid-19 nesse sistema sob a perspectiva de enfermeiros e médicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Identificar as facilidades e dificuldades da referência e contrarreferência em uma UPA antes da pandemia, durante a pandemia e no momento atual, segundo enfermeiros e médicos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, que aborda aspectos relacionados ao tema deste estudo como: Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde; Política Nacional de Atenção às Urgências, tendo como subtemas a implementação dos componentes pré-hospitalar móvel, unidades de pronto atendimento e a rede de atenção às urgências e emergências; Referência e Contrarreferência; e a Pandemia de Covid-19. Para a construção desta revisão foi realizada a busca online por meio da plataforma *Google Acadêmico*, de modo aleatório, de artigos científicos e portarias do Ministério da Saúde.

3.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instaurado a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, na qual a saúde passou a ser considerada um direito de todos e responsabilidade do Estado, tendo este o dever de garantir a mesma por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos à saúde (BRASIL, 1988). O SUS surge efetivamente por meio da lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços de saúde no território nacional, discorrendo sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação em saúde (BRASIL, 1990). Constituído por princípios doutrinários e organizativos que afirmam a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, o SUS opera por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, e respeitando as diretrizes de participação popular, atendimento integral e descentralização (GONZAGA; FERREIRA, 2017; JACCOUD; VIEIRA, 2018; SANTOS *et al.*, 2021).

No que se refere aos princípios doutrinários do SUS, a universalidade é um tema fundamental, visto que trata do direito de acesso às ações e serviços de saúde sem discriminação. Entretanto, a universalidade ainda está em processo, pois para que toda a população tenha acesso à saúde, é necessário ultrapassar barreiras econômicas, sociais e culturais. A equidade, outro princípio do SUS, tem como objetivo reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde dos usuários e suas necessidades, de modo a garantir o acesso a saúde de forma mais justa, respeitando a subjetividade de cada um (PAIM; SILVA, 2010; SOUZA *et al.*, 2019.) Já em relação à integralidade, de forma mais direta, trata-se do atendimento aos usuários nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, organizados na atenção primária, secundária e terciária (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

A integralidade em saúde tem um conceito complexo, visto que é um princípio polissêmico e possui além desta, outras definições. Dentre seus significados, a integralidade pode ser vista como forma de integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde nos diferentes níveis de complexidade; a visão multidimensional dos profissionais em sua atuação; e a continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (SANTOS *et al.*, 2021). Destaca-se a necessária compreensão da importância da integralidade para a operacionalização do SUS, considerando-se todos os aspectos já citados e que a mesma pode ser entendida como os cuidados articulados entre as redes assistenciais coordenadas por profissionais capacitados para promover a saúde integral do indivíduo, família e comunidade em seus aspectos biopsicossociais e espirituais (SILVA *et al.*, 2018).

Em relação aos princípios organizativos do SUS, a regionalização está intrinsecamente relacionada à organização dos estados e municípios para a concretização do processo de saúde, envolvendo as atribuições de cada âmbito e respeitando as demandas sociais, tendo como objetivo a integração de diferentes níveis de gestão dentro do sistema para diminuir as desigualdades regionais, constituindo uma rede integrada e resolutive. No tocante ao princípio da descentralização, pode ser entendido como uma forma de reorganizar a gestão do sistema redefinindo a relação de poder e comando, sendo exercido de forma interdependente em diferentes esferas governamentais: união, estados e municípios. Por fim, a hierarquização está relacionada à organização da rede, respeitando os níveis de complexidade tecnológica de cada serviço de saúde que compõe o sistema e o estabelecimento de centros de referência, caracterizando um sistema funcional de acordo com a necessidade de saúde que é demandada (RAMOS; GOMES; OLIVEIRA, 2008; SALES *et al.*, 2019).

Como uma forma de respeitar os princípios doutrinários e organizativos do SUS, essencialmente em relação à integralidade, os serviços de saúde começaram a ser organizados por meio de uma rede articulada, a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Regulamentada pelo Decreto nº 7.508 de 2011, a RAS é definida pelo conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente (hierarquização), com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Respeitando o direito de acesso universal e igualitário, a rede é organizada pelos serviços considerados porta de entrada do sistema de saúde como a atenção primária, os serviços de atendimento de urgência e emergência e de atendimento psicossocial. Além desses, a rede é constituída por serviços de maior densidade tecnológica, a exemplo da atenção hospitalar, que deve ser acessada a partir da referência dos

serviços de porta de entrada diante da necessidade do usuário, conforme estabelecido no decreto (BRASIL, 2011).

A RAS é uma estrutura poliárquica constituída por cinco componentes em constante articulação: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (GONZAGA; FERREIRA, 2017).

Em relação ao centro de comunicação e aos demais pontos de atenção da rede, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do SUS, sendo a Unidade Básica de Saúde a estrutura correspondente, responsável pela coordenação dos pontos da RAS é considerada o centro de comunicação. A atenção secundária é constituída pelas policlínicas, para o atendimento ambulatorial em diversas especialidades, procedimentos e exames, e pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dedicada ao atendimento às urgências e emergências. Por fim, a atenção terciária em saúde corresponde aos hospitais especializados, que prestam atendimento aos usuários que necessitam de procedimento cirúrgico ou internação, sendo o serviço com maior aporte tecnológico (COUTO *et al.*, 2018).

Em relação aos sistemas de apoio são ambientes que estão relacionados aos pontos de atenção da rede por prestarem serviços comuns a todos eles, os sistemas de apoio se dividem em: diagnóstico e terapêutico, em que se encontram os serviços de imagem, medicina nuclear, eletrofisiologia, endoscopia, patologia clínica e hemodinâmica; assistência farmacêutica, em que são realizados os serviços voltados à medicação, ações assistenciais e farmacovigilância; e por fim, os serviços de informação em saúde. Já os sistemas logísticos são serviços fortemente voltados à tecnologia da informação, com objetivo de promover a integração e comunicação entre os pontos de atenção da rede e os sistemas de apoio, sendo eles, a identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte. Por último, o sistema de governança, trata-se de um arranjo organizativo que realiza a gestão de todos os componentes da rede de atenção à saúde, sendo eles: Comissões Intergestores; Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito federal; Comissões Intergestores Bipartite, no âmbito estadual e Comissões Intergestores Regionais nas regiões de saúde (OLIVEIRA, 2016).

Em teoria, a organização do sistema de saúde é exemplar, entretanto, a sua execução se depara com barreiras que impedem o fortalecimento e o cumprimento de seus princípios e diretrizes. Apesar da APS ser considerada porta de entrada para o sistema de saúde e os demais serviços, as unidades básicas não conseguem acolher a toda a população, principalmente pela falta de estrutura adequada e recursos humanos, tendo como

consequência a sobrecarga de serviços e a falta de efetividade perante as demandas dos usuários. Diante desse cenário, a população acaba procurando diretamente os serviços secundários e terciários, resultando em uma enorme fragilidade no fluxo desenhado pela rede e na integralidade do cuidado (COUTO *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2019).

3.2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SUAS IMPLEMENTAÇÕES

A Política Nacional de Atenção às Urgência (PNAU) foi instituída por meio da Portaria nº 1863, de 29 de Setembro de 2003, tendo em vista a relevância da criação de normas para o funcionamento dos serviços de atenção às urgências, de forma a implementar uma rede regionalizada e hierarquizada com oferta de cuidados integrais e encaminhamentos aos usuários que necessitam de continuidade da assistência em outro nível de atenção. Tal política é fomentada por meio da organização e articulação de diferentes componentes: unidades pré-hospitalares fixas e móveis; unidades hospitalares; unidades pós-hospitalares; e centrais de regulação (BRASIL, 2003).

No mesmo ano da instituição da PNAU, houve a implementação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), contemplado no componente pré-hospitalar móvel da política. O SAMU é um serviço de urgência, o qual o usuário aciona por meio de contato telefônico de forma gratuita, por meio do número 192. É constituído de uma central de regulação composta por uma equipe de profissionais médicos, técnicos de regulação médica e rádio-operadores, que atuam no primeiro atendimento ao usuário, diagnosticando e classificando o agravo e conduzindo o atendimento por meio das unidades móveis. Existem diferentes meios de transporte de saúde para as diferentes condições clínicas instaladas, de modo que as unidades de Suporte Básico de Vida (SBV) atuam com profissionais técnicos de enfermagem e com equipamentos mais simples, enquanto as unidades de Suporte Avançado de Vida (SAV) trabalham com os profissionais médicos e enfermeiros, além de possuírem mais recursos tecnológicos (BATTISTI *et al.*, 2019; OLIVEIRA; SANTOS; NOVAES, 2022).

Em 2008, houve a implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para a configuração da rede de urgências, conforme as diretrizes da PNAU, em todo território nacional. Essas unidades são estruturas de complexidade intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar, sendo um importante recurso para suprir a demanda que atinge as portas hospitalares. As UPA devem funcionar 24 horas por dia e prestar

atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes, sendo uma unidade diretamente vinculada ao componente pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2013).

As UPA podem ser classificadas em até três diferentes portes, que variam de acordo com a população que a unidade abrange e a sua estrutura física, sendo estes aspectos critérios para o financiamento. A UPA tem entre suas diretrizes: o funcionamento ininterrupto, equipe assistencial multiprofissional necessária de acordo com a necessidade, bem como acolhimento e classificação de risco. Além da articulação com os outros serviços da rede, a UPA tem como atividade prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento (BRASIL, 2017).

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs a reformulação da PNAU, instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) por meio da Portaria nº 1600, com o objetivo de articular e integrar os serviços de saúde, promovendo acesso de qualidade e assistência humanizada para os usuários em situação de urgência e emergência. Dentre as diretrizes da rede estão: a ampliação do acesso e acolhimento com classificação de risco aos casos agudos; garantia de universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; regionalização e articulação com os demais serviços de saúde; atendimento humanizado; monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços; e educação permanente. As ações em saúde e articulações são realizadas por meio dos componentes da rede, dentre eles: a Atenção Básica em Saúde; o SAMU e as Centrais de Regulação; a Sala de Estabilização; a Força Nacional de Saúde do SUS; a UPA 24 horas; e a Atenção Hospitalar e Domiciliar (BRASIL, 2013).

3.3 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

O sistema de referência e contrarreferência é uma ferramenta que organiza o fluxo de informações, recursos e usuários entre os pontos de atenção da rede de forma hierárquica, favorecendo a integralidade do cuidado e a qualidade da assistência (HERMIDA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021;).

A referência é o encaminhamento do usuário do nível de complexidade menos especializado, muitas vezes por meio da atenção primária que é a porta de entrada principal e ordenadora da RAS, para um nível de maior densidade tecnológica como a UPA ou os

hospitais. Já a contrarreferência, é o processo contrário, o caminho de retorno do usuário à unidade que fez a referência, sendo importante que o processo de cuidado realizado na referência seja articulado com a unidade de contrarreferência (GOMEDI *et al.*, 2021).

Sendo assim, além do encaminhamento dos pacientes entre os pontos da RAS, o sistema de referência e contrarreferência também é um instrumento de comunicação, transmitindo as informações dos usuários entre os serviços, garantindo a cooperação entre os serviços e a continuidade do cuidado. A comunicação ocorre por meio do fluxo e contrafluxo de informações pelo uso do telefone, prontuário manuscrito ou eletrônico (HERMIDA *et al.*, 2019; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Apesar da importância do sistema de referência e contrarreferência para a continuidade do cuidado e para a garantia de uma rede integrada, existem barreiras que impedem a concretização dos fluxos que envolvem esse sistema. Cita-se como barreiras: a baixa articulação entre os pontos de atenção da rede; a falta de resolutividade na atenção primária com sobrecarga aos serviços secundários e terciários; o desconhecimento dos usuários em relação ao funcionamento da rede e de seus pontos de atenção, assim como o desconhecimento do funcionamento da rede por profissionais de saúde, que acabam favorecendo a falha no mecanismo da referência e contrarreferência (FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018; GOMEDI *et al.*, 2021).

A comunicação entre os serviços que compõem a rede é um fator imprescindível para a sua integralização e a continuidade do cuidado, pois é por meio da articulação entre os serviços que é possível oferecer um cuidado linear. Entretanto, a falta da comunicação entre os pontos de atenção é frequente, tendo como consequência um processo de saúde solitário e fragmentado, em grande parte associado ao desconhecimento dos profissionais de saúde em relação ao processo de referência e contrarreferência ou ao despreparo para o trabalho em rede (BRONDANI *et al.*, 2016). A falta de fluxos definidos que viabilizem o processo de comunicação estão entre as causas da fragilização na articulação entre os serviços, sendo em alguns locais o encaminhamento realizado mediante formulários informais (PEREIRA; MACHADO, 2016), visto que, no Brasil, a implementação de prontuários clínicos eletrônicos ocorreu em apenas algumas regiões do país (ORTEGA *et al.*, 2016).

Com essa barreira na comunicação o serviço de atenção primária não consegue realizar com plenitude a sua função de ordenadora na rede, além disso, esse serviço tem dificuldades em atuar como porta de entrada dos usuários para os demais serviços de saúde, de modo que a população tende a procurar os hospitais por meio dos serviços de urgência e emergência (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019). Tal preferência está relacionada à

associação que os usuários fazem de que o melhor lugar para ter atendimento é aquele em que o nível de densidade tecnológica é maior, independente da queixa ou quadro clínico que apresentar. Além disso, há uma reflexão de que o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é mais demorado e burocrático em comparação com os serviços de atenção secundária ou terciária, o que reflete na superlotação destes (GOMEDI *et al.*, 2018).

3.4 PANDEMIA DE COVID-19 E A ATENÇÃO EM SAÚDE

A Covid-19, doença causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), tem gerado grande impacto mundial na saúde pública devido a sua letalidade e alta transmissibilidade. A primeira manifestação da doença ocorreu em dezembro de 2019 na China, a partir de um diagnóstico de pneumonia grave com etiologia desconhecida. Os indivíduos que estão contaminados com o vírus podem apresentar manifestações clínicas da doença ou não, sendo consideradas assintomáticas. Os sintomas clínicos mais frequentes da doença são tosse, febre e fadiga, podendo apresentar também dificuldade para respirar, dor de garganta, entre outras manifestações clínicas. A transmissão da doença ocorre de pessoa para pessoa, principalmente pelo contato direto ou por meio de gotículas de espirros e tosse com uma pessoa infectada. A transmissão mediante superfícies contaminadas por gotículas também é considerável, caso ocorra posteriormente contato com olhos, nariz ou boca (CAVALCANTE *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2021). No Brasil, o primeiro caso confirmado da doença ocorreu em 26 de fevereiro de 2020. Em março, já havia 488 casos suspeitos notificados, dois confirmados e 240 descartados no país, sem evidência de transmissão local. Os dois casos confirmados residiam em São Paulo e haviam regressado de uma viagem à Europa (CRODA; GARCIA, 2020). Já foram contabilizados 29.249.903 casos que se somam a mais de 654.086 óbitos pela Covid-19 (BRASIL, 2022).

Segundo Medeiros (2020), o país não estava preparado para enfrentar uma epidemia de Covid-19, que tem como consequência impactos negativos na economia, na assistência à saúde e na saúde mental de toda a população. Para o enfrentamento dessa crise, ressaltou-se a importância da reorganização de atendimentos em hospitais, aumentando a oferta de leitos em enfermaria e UTI, com o abastecimento de equipamentos de proteção suficientes e recursos humanos capacitados, sendo imprescindível o fortalecimento da comunicação entre os pontos de atenção da rede e os cumprimentos de recomendações e protocolos estabelecidos (MEDEIROS, 2020).

No que se refere à atenção primária, as UBS têm sido um mecanismo fundamental de enfrentamento à Covid-19 e de controle da sobrecarga da atenção de alta complexidade (OLIVEIRA *et al.*, 2021). A reorganização da atenção primária foi um fator importante para a diminuição da transmissibilidade da doença. Dentre as funções empenhadas pela atenção primária destaca-se: o incentivo e apoio ao isolamento social para evitar o contágio; a reorganização de fluxos de atendimentos e agendamentos de forma a evitar aglomeração nas unidades; a implementação de tecnologias para o atendimento à distância (telemedicina); a garantia de segurança aos profissionais de saúde; o monitoramento longitudinal dos casos de Covid-19 suspeitos ou confirmados e a garantia de suporte da rede de urgência e emergência; e a articulação entre os serviços de saúde (ENGSTROM *et al.*, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Entende-se por pesquisa exploratória aquela que busca aproximar o pesquisador da temática a ser investigada. É indicada quando o fenômeno em questão é pouco conhecido, sendo limitado o conhecimento sobre o problema. Já a pesquisa descritiva, visa à observação, registro e a descrição das características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população (GOMES; GOMES, 2020). Este estudo tem como proposta unir os dois tipos de pesquisa, explorando e descrevendo os dados coletados a partir da investigação.

A abordagem qualitativa tem por finalidade conhecer e conceituar fatos, ideias ou opiniões a partir da interpretação do pesquisador dos dados fornecidos pelos entrevistados em relação ao tema da pesquisa. O método qualitativo tem um formato que vai além do que é previsível e mensurável. Quando a pesquisa é realizada no ambiente natural do entrevistado, possibilita-se uma investigação real dos acontecimentos. Ao analisar os dados qualitativos é necessário se ater com rigor, método e ordem para se atingir o grau de reflexão esperado para os dados coletados (DE JESUS, 2020).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Pronto Atendimento Norte, em Florianópolis/Santa Catarina. O município possui mais duas UPA, a UPA Sul e a UPA Continente. No município de Florianópolis existem quatro distritos sanitários: centro, continente, norte e sul, sendo que a UPA, cenário deste estudo, está localizada no distrito norte, constituído também por 11 Centros de Saúde: Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratoles, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena, com equipes de Saúde da Família (eSF). Esse distrito sanitário é constituído ainda por uma (01) Policlínica (FLORIANÓPOLIS, 2021).

A UPA Norte foi inaugurada em 2008, é classificada como Porte III, ou seja, abrange uma área populacional de até trezentos mil habitantes, tendo no mínimo quinze leitos para observação e quatro leitos na sala de emergência. Dentre os 141 profissionais da Unidade, segundo o Coordenador de Enfermagem da UPA, 29 são médicos e 16 são enfermeiros.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo corresponde a 33 profissionais médicos e enfermeiros da UPA Norte. Foram incluídos no estudo: os médicos e enfermeiros que, independentemente do tipo de vínculo empregatício, tenham atuado no atendimento clínico de pacientes adultos antes e durante a pandemia, com participação no processo de referência e contrarreferência. Foram incluídos os profissionais dos plantões diurnos e noturnos. Excluiu-se os profissionais em férias, licença ou afastados por distintos motivos durante o período da coleta de dados. Foram excluídos nove participantes por não acatarem os critérios de inclusão. Além desses, foram excluídos outros 11 participantes elegíveis por: licença (1), férias (1), desinteresse na participação da pesquisa ou desistência (5) e pela falta de resposta após contato por *Whatsapp* para entrevista por meio virtual (4).

4.4 COLETA DOS DADOS

Os profissionais que atenderam aos critérios de elegibilidade participaram do estudo, de modo virtual ou pessoalmente, na UPA, considerando os cuidados de biossegurança relativos à Covid-19. O primeiro contato foi realizado pessoalmente na unidade, onde os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada, tendo um tempo médio de 25 minutos. A coleta de dados ocorreu de acordo com a disponibilidade do profissional durante o plantão em um ambiente calmo e sem ruídos para que o conteúdo fosse gravado. Diante da indisponibilidade de alguns profissionais durante o período de trabalho, algumas entrevistas foram marcadas para serem realizadas por meio virtual, utilizando-se a plataforma Meet do Google[®], em um horário de comum acordo entre o pesquisador e o profissional. Após a coleta, as entrevistas foram transcritas na íntegra. Desse modo, 11 profissionais foram entrevistados pessoalmente no seu ambiente de trabalho e dois, de forma remota, em local de sua escolha.

Para a coleta, utilizou-se um roteiro norteador que contemplou: as características dos participantes (nome, idade, sexo, categoria profissional, tempo de atuação na profissão, tempo de atuação na UPA, maior nível de formação), questões referentes às facilidades e dificuldades da referência e contrarreferência na UPA antes da pandemia, durante a pandemia e no momento atual; e uma questão voltada às sugestões para melhoria da referência e

contrarreferência na UPA. O roteiro utilizado na pesquisa teve como base um roteiro aplicado em uma pesquisa semelhante em outra UPA (HERMIDA *et al.*, 2019), sendo realizadas adaptações para atender aos objetivos da atual pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre (2017), a qual utiliza os depoimentos como base para extrair, pela análise do seu conteúdo, os sentidos ou significados neles incorporados. Essa extração de sentido se distingue de outras técnicas, sobretudo por utilizar a primeira pessoa do singular para veicular uma opinião coletiva ou socialmente compartilhada. Cada depoimento é analisado individualmente e captado o seu conteúdo essencial (LEFÈVRE, 2017).

São cinco as figuras metodológicas do DSC: Expressões Chaves (EC), Ideias Centrais (IC), Ancoragem (AC), Categorização e Discurso do Sujeito Coletivo propriamente dito (DSC) (LEFÈVRE, 2017). As EC são os estratos mais significativos de cada depoimento, tendo como base a pergunta formulada. São fundamentais, pois retratam a contribuição de cada participante para o pensamento de uma coletividade. A IC, por sua vez, é uma formulação sintética do pesquisador. Diz respeito ao(s) sentido(s) do depoimento, e o pesquisador pode ou não usar as palavras que estão no texto para nomeá-la. A AC, nem sempre presente, consiste no uso pelo participante de conhecimentos preexistentes para apoiar e dar sentido ao seu depoimento. A Categorização compreende a identificação de depoimentos que possuem IC ou AC de sentido semelhante. Esses sentidos são reunidos em uma Categoria que o pesquisador nomeará. Os DSC consistem na junção das EC cujas IC ou AC possuem sentido semelhante. Assim, reúnem o conjunto das respostas que foram agrupadas numa Categoria (LEFÈVRE, 2017).

Para a organização dos dados foram utilizados dois documentos do *Microsoft Word*. No primeiro documento foram registradas as entrevistas transcritas, posteriormente, em outro documento as respostas de cada participante foram agrupadas e organizadas conforme a pergunta. Em seguida, foi realizada a primeira etapa da análise seguindo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que envolveu a identificação das EC e as respectivas IC, a partir dessas, foram nomeadas as categorias. Após a finalização da primeira etapa foi criado um novo documento que constituiu a segunda parte da análise, em que foram agrupadas as categorias que apresentavam as EC, cujas IC eram semelhantes ou complementares. Essas EC

constituíram os DSC redigidos na primeira pessoa do singular retratando a fala de todos os participantes representados em cada categoria.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização do estudo, foi solicitada e concedida a permissão da Secretaria Municipal de Saúde. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH da UFSC, CAAE 43351021.5.0000.0121 e Parecer N° 4.647.494. O estudo atendeu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos e, neste sentido, todos os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e sobre a sua participação na mesma, sendo garantido o seu anonimato. Também foi assegurado aos participantes o direito de interromper a sua participação no estudo a qualquer momento sem que isso lhes trouxesse qualquer prejuízo. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma ficou com o participante e a outra com o pesquisador. Para garantia do anonimato, os participantes foram identificados pela letra E (entrevistado), seguida da numeração correspondente à ordem sequencial das entrevistas (E1, E2, ...).

5 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho estão apresentados na forma de manuscrito, conforme preconizado no Art.3º da Instrução Normativa para Elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada em reunião de colegiado do Curso em 22.11.2017.

5.1 MANUSCRITO

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: QUAL O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19?

RESUMO: O estudo teve como objetivo analisar a referência e contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento, bem como as repercussões da Covid-19 nesse sistema sob a perspectiva de enfermeiros e médicos. Pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com 13 profissionais de saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, semiestruturada e analisados a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Das entrevistas realizadas foram extraídos 19 Discursos do Sujeito Coletivo relacionados às facilidades e dificuldades da contrarreferência e referência antes de pandemia, durante a pandemia e no momento atual. Quanto à contrarreferência, antes da pandemia, a facilidade voltou-se para o próprio encaminhamento realizado por meio de carta de contrarreferência preenchida pelos médicos pelo sistema Celk[®] de prontuário eletrônico, já as dificuldades, destacou-se as unidades superlotadas que não conseguiam absorver a demanda populacional, assim como a falta de profissionais nas equipes de saúde da atenção primária. Durante a pandemia, a facilidade da contrarreferência foi a criação de uma central de apoio aos pacientes com sintomas respiratórios leves e moderados, enquanto a dificuldade foi em relação à priorização dos atendimentos dos pacientes com sintomas respiratórios nas unidades básicas, assim como o uso de tecnologia da comunicação para o atendimento e agendamento de consultas nas unidades. No momento atual, a dificuldade na contrarreferência está relacionada aos usuários não conseguirem atendimento nas unidades básicas e a sobrecarga de atendimentos na Unidade de Pronto Atendimento. Em relação à referência antes da pandemia, a facilidade voltava-se para os casos com referências pré-estabelecidas na rede, enquanto a dificuldade residia no encaminhamento dos casos mais complexos e nos mais estáveis que necessitavam de investigação no hospital. Durante a pandemia, a dificuldade esteve voltada principalmente às vagas hospitalares e, em contrapartida, o transporte em saúde foi um destaque positivo. Atualmente, as dificuldades na referência são: a burocracia e demora na referência de médico para médico, a transição de referência Covid-19 para o enfermeiro e o desmonte da estrutura Covid-19. O processo da referência e contrarreferência, encontra barreiras tais como logística, falta de recursos humanos e materiais que atrapalham a sua concretização. O período pandêmico foi um fator determinante nas dificuldades da referência e contrarreferência, entretanto, houveram organizações que contribuíram para a operação desse sistema, entre eles: a criação de uma central de apoio à contrarreferência, o centro de regulação de leitos e a ampliação do serviço de transporte.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Encaminhamento e consulta; Pesquisa sobre serviços de saúde; Enfermagem.

5.1.1 Introdução

A integralidade da assistência à saúde é um importante elemento na formação do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, proporcionando um cuidado humanizado que se opõe à fragmentação e fortalece a continuidade do cuidado do indivíduo, da família e da comunidade. Sendo um dos aspectos empregados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em relação aos seus princípios doutrinários, a integralidade visa o cuidado articulado entre os serviços de saúde em seus diferentes níveis de densidade tecnológica (SILVA *et al.*, 2018; MEZAROBA *et al.*, 2021).

No SUS, os serviços são organizados em níveis de complexidade crescentes que, articulados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscam promover a integralidade por meio do cuidado integral, contínuo e de qualidade, de modo a evitar a fragmentação do cuidado (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). No que tange aos serviços de emergência, a Rede de Urgências e Emergência (RUE) é a responsável por essa articulação entre os pontos de atenção que a compõem, a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento, cenário desta pesquisa (CANEPPELE *et al.*, 2020).

Nesse meandro, existe o sistema de referência e contrarreferência, empregado para articular os pontos de atenção da rede, sendo um mecanismo hierarquizado que permite o encaminhamento dos usuários entre os diferentes serviços da RAS (HERMIDA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021). Nesse sistema, a referência trata-se do encaminhamento do usuário do nível menos especializado e com menor densidade tecnológica para um serviço com maior aporte tecnológico, podendo ser o encaminhamento do usuário de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma estrutura intermediária como a UPA, ou um ponto de atenção terciária como os hospitais. Já a contrarreferência, é o caminho inverso, o trânsito do usuário do nível de maior complexidade para o menor, encaminhando o usuário ao serviço que o referenciou (FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018), como o encaminhamento do usuário de uma UPA para uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS).

Apesar do imprescindível papel da referência e contrarreferência, estudos revelam falhas em relação ao seu processo, sendo destaque a falta de comunicação dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, a ausência de um prontuário integrado entre os pontos da rede, o desconhecimento sobre os serviços que integram a RAS, a carência da educação permanente e a ausência de retorno dos serviços em que os usuários foram encaminhados que impedem

efetividade de referência e contrarreferência, incapacitando a articulação dos serviços e a continuidade do cuidado (BRONDANI *et al.*, 2016; FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018). Ainda, na formação dos profissionais de saúde há uma deficiência em relação à compreensão do sistema de saúde como uma rede de serviços que tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, assim como a falha na percepção da importância da comunicação e coordenação entre os serviços, que contribuem para um cuidado fragmentado (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Nessa direção, a pandemia de COVID-19 impôs ao país um grande desafio, visto os diferentes contextos, marcados principalmente por desigualdades, seja de oferta de serviços de saúde ou de acesso a estes, em especial àqueles de média e alta complexidade. No início de 2020, autoridades da China haviam identificado um novo tipo de coronavírus, que foi denominado SARS CoV-2, agente causador da doença Covid-19 (LANA *et al.*, 2020). Em março do mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (WHO, 2020). Diante disso, a reorganização da rede de atenção à saúde por meio de fluxos de pacientes, o estabelecimento das funções de cada ponto e a articulação entre eles pelo sistema de referência e contrarreferência, foram algumas das estratégias adotadas para o enfrentamento da pandemia, potencializando as chances de cura e sobrevivência dos pacientes e minimizando a transmissão da doença (PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2020).

Nesse sentido, a atenção primária desempenhou um papel fundamental na implementação dos fluxos de atendimento aos pacientes com sintomas leves, diminuindo a sobrecarga nos serviços de atenção intermediária e hospitais de referência. Essa organização possibilitou que os serviços de alta complexidade centralizassem a atenção nos casos mais graves da doença, imprescindível no enfrentamento da Covid-19. (BRASIL, 2020). Em relação à atenção de média e alta complexidade, foram implementados novos leitos hospitalares, instituídos hospitais de campanha e aumentados os recursos em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Diante do exposto, considerando-se a relevância da referência e contrarreferência para a continuidade da assistência nos diferentes serviços que compõem a RAS e o papel fundamental das UPAs no enfrentamento da Covid-19, justifica-se o presente estudo, que tem como questionamentos: Como enfermeiros e médico avaliam o sistema da referência e contrarreferência em uma UPA? Como a pandemia de Covid-19 influenciou a referência e contrarreferência em uma UPA? A pesquisa tem como objetivo analisar a referência e

contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento, bem como as repercussões da Covid-19 nesse sistema sob a perspectiva de enfermeiros e médicos.

5.1.2 Método

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na UPA Norte de Florianópolis, Santa Catarina. A unidade foi inaugurada em 2008, sendo caracterizada como porte III, onde atuam 29 médicos e 16 enfermeiros. A população do estudo corresponde a 33 profissionais médicos e enfermeiros da UPA Norte.

Os participantes incluídos na pesquisa foram: profissionais médicos e enfermeiros atuantes no atendimento clínico adulto nos períodos antes e durante a pandemia, com participação no processo de referência e contrarreferência. Excluiu-se os que estavam em férias ou licença durante o período da coleta de dados. Foram excluídos nove profissionais por não cumprirem os critérios de inclusão na pesquisa. Além desses, havia 11 profissionais elegíveis para participação na pesquisa, entretanto não foi possível devido a estarem de licença, férias, por desinteresse na participação da pesquisa ou desistência e pela falta de resposta após contato por *Whatsapp* para entrevista por meio virtual. A amostragem se deu por conveniência.

Os profissionais que atenderam aos critérios de elegibilidade foram convidados pessoalmente na unidade para participar do estudo, momento em que foram informados sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa, além de agendada a coleta de dados e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no período de 11 de abril a 30 de julho de 2022, por meio de entrevista individual semiestruturada, utilizando-se um roteiro norteador com questões relacionadas às características pessoais dos participantes (idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação, tempo de trabalho na UPA e atuação em outra instituição) e questões referentes às facilidades e dificuldades na referência e contrarreferência da UPA antes da pandemia, durante a pandemia e no momento atual, e por fim, uma questão referente às sugestões para melhoria da referência e contrarreferência. Das entrevistas realizadas, 11 ocorreram de forma presencial e duas online por meio da plataforma digital *Meet do Google*[®], em horário de comum acordo entre o profissional e a pesquisadora. As entrevistas tiveram um tempo médio de 25 minutos, foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra.

Na análise dos dados se empregou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que compreende um discurso-síntese elaborado com partes dos depoimentos de sentido semelhante. A técnica envolve cinco figuras metodológicas: as Expressões Chaves (EC); as Ideias Centrais (IC); a Ancoragem (AC); Categorização e o DSC propriamente dito. As EC constituem trechos relevantes dos depoimentos a partir dos questionamentos. Por meio das EC é possível destacar as IC, que expressam o sentido ou significado do pequeno discurso. A AC é utilizada quando o autor do discurso utiliza uma base teórica ou ideológica para fundamentar o seu depoimento. A categorização é a identificação dada pelo pesquisador aos depoimentos com IC ou AC com o mesmo sentido. Por fim, o DSC que é o resultado do agrupamento das EC cujas IC ou de AC tenham um sentido semelhante (LEFÈVRE, 2017).

Para a organização dos dados, utilizou-se o *Microsoft Word*[®], onde os depoimentos de cada profissional foram transcritos e posteriormente agrupados e organizados conforme a pergunta realizada. No depoimento de cada participante, foram identificadas as EC que foram destacadas em cores diferentes e as suas respectivas IC, a partir disso foram nomeadas as categorias. Posteriormente, foram agrupadas as categorias compostas pelas EC de todos os participantes cujas ideias centrais eram semelhantes ou complementares dando origem aos DSC.

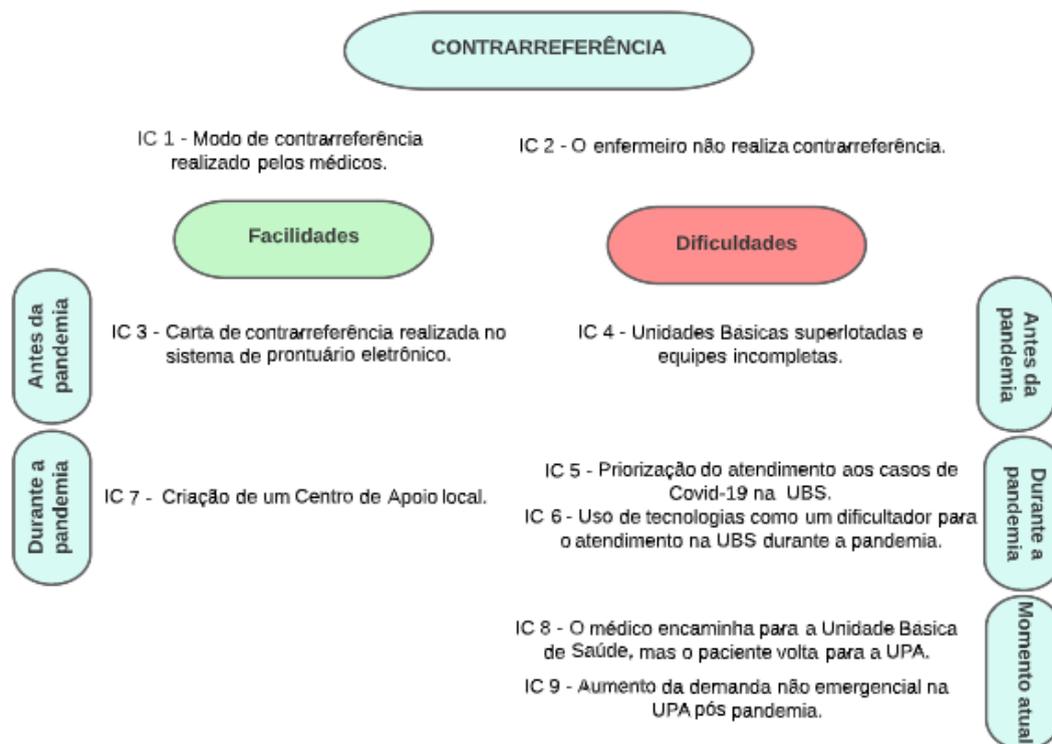
O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Parecer nº 4.647.494 e CAAE: 43351021.5.0000.0121. Os participantes assinaram o TCLE e foram identificados nos resultados da pesquisa pela letra “E” (entrevistado) seguida pelo número de sequência das entrevistas (E1, E2, ... E13).

5.1.3 Resultados

Participaram do estudo treze profissionais de saúde, sendo oito (62%) enfermeiros e cinco (38%) médicos, a maioria (n=8; 62%) do sexo feminino. Houve predomínio da faixa etária de 37 a 48 anos (n=11; 85%). A maior parte dos profissionais (n=11; 85%) se autodeclararam brancos, apenas dois (15%) se autodeclararam pardos. Dos profissionais, 10 (77%) concluíram o curso de graduação há mais de 10 anos. Todos os profissionais (n=13; 100%) entrevistados possuem formação complementar, destacando-se as Residências e Especializações.

Os discursos dos profissionais relacionados a cada pergunta da entrevista acerca da referência e contrarreferência na UPA estão organizados em três momentos: antes da pandemia, durante a pandemia e no momento atual. O último discurso se refere às sugestões dos profissionais para a melhoria da referência e contrarreferência nesse cenário do estudo.

Figura 1 - Ideias Centrais dos discursos em relação à contrarreferência.



Fonte: elaborada pela autora.

O DSC 1 se refere à percepção de oito profissionais de saúde, acerca do processo de contrarreferência, realizado pelo profissional médico por meio de encaminhamento impresso.

Pergunta 1: Como é realizada a contrarreferência e quais são os profissionais responsáveis?

Categoria 1 - Modo de contrarreferência

IC 1: Modo de contrarreferência realizado pelos médicos

DSC 1: *“São os profissionais médicos que encaminham os pacientes para os outros serviços. Após a consulta, caso o médico identifique que é um problema que pode ser atendido na unidade básica, ele realiza o primeiro atendimento aqui e faz o encaminhamento via Celk para a unidade, o paciente leva o encaminhamento impresso com o motivo e o que se*

espera que o posto faça. Não existe encaminhamento via telefone, contrarreferência via telefone não é feito, é muita gente que precisa ser atendida, não tem como parar para ligar a cada paciente que precisa. Então é mais encaminhamento oficial pelo Celk mesmo, é o instrumento padronizado.” (E1, E2, E4, E5, E6, E9, E10 e E11)

O DSC 2 revela a percepção de cinco profissionais de saúde em relação aos enfermeiros da UPA não realizarem o processo de contrarreferência, sendo destacado como uma fragilidade e tendo como consequência a sobrecarga do serviço.

Categoria 2 - Enfermeiro na contrarreferência

IC 2: O enfermeiro não realiza contrarreferência.

DSC 2: *“A enfermagem não faz contrarreferência, não tem essa prática instituída na UPA. Eu como enfermeiro não faço esse encaminhamento na classificação de risco, não temos esse fluxo desenhado dentro da rede, todo o paciente que passa pela classificação de risco é encaminhado para atendimento médico dentro da UPA. Acredito que o enfermeiro não ter liberdade para encaminhar é uma fragilidade porque acaba sobrecarregando o serviço, tira um pouco da função da própria UPA. E eu também penso que a gente não ter a contrarreferência como algo instituído não contribui para a organização do sistema de saúde como um todo.” (E2, E3, E4, E5 e E6)*

O terceiro discurso mostra a perspectiva de três profissionais de saúde, destacando-se como facilidade na contrarreferência antes da pandemia a maneira de realizar o encaminhamento pelo profissional mediante carta de contrarreferência disponível no sistema Celk® de prontuário eletrônico.

Pergunta 2: Na sua percepção quais eram as facilidades na contrarreferência antes da pandemia?

Categoria 3 - Facilidades na contrarreferência antes da pandemia

IC 3: Carta de contrarreferência realizada no sistema de prontuário eletrônico.

DSC 3: *“A facilidade principal em relação à contrarreferência é o próprio encaminhamento, não tem grande dificuldade, a carta de contrarreferência está disponível no sistema é só abrir o Celk durante a consulta médica, é um instrumento que está aqui pronto pra gente preencher (...). De forma geral, a minha visão da contrarreferência antes da pandemia era boa, conseguimos ver o retorno dos pacientes nas unidades, quando havia alguma dificuldade era algo mais pontual.” (E9, E10 e E13).*

O DSC 4 evidencia a percepção de cinco profissionais relacionada às dificuldades da contrarreferência antes da pandemia, as quais se voltavam para as unidades superlotadas que não conseguiam absorver a demanda populacional, assim como a falta de profissionais nas equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde.

Pergunta 3: Na sua percepção quais eram as dificuldades na contrarreferência antes da pandemia?

Categoria 4 - Dificuldades na contrarreferência antes da pandemia

IC 4: Unidades Básicas superlotadas e equipes incompletas

DSC 4: *“Antes da pandemia existiam dificuldades mais pontuais, eram algumas unidades básicas específicas que tinham algum tipo de problema, por exemplo, as unidades superlotadas como Ingleses e Rio Vermelho, são unidades que não conseguem absorver muito bem a demanda porque têm equipes a menos, ou pontualmente, quando a unidade estava com falta de médico ou afastamento. O paciente acabava indo na unidade básica, recebia o primeiro atendimento pela enfermeira ou pelo agente de saúde que dizia que não tinha médico para atender, então esses pacientes acabavam retornando à UPA. Isso acontece sempre, nunca deixou de acontecer, mas pré-pandemia era menos do que atualmente.” (E7, E8, E10, E11 e E13).*

O quinto discurso expressa a perspectiva de nove profissionais da UPA, sendo destacadas as dificuldades da contrarreferência durante a pandemia. Foi evidenciada a priorização dos atendimentos de casos de Covid-19 na UBS, o que refletiu negativamente nos pacientes com doenças crônicas ou gestantes que ficaram sem o acompanhamento na atenção primária.

Pergunta 4: Na sua percepção como ficou a contrarreferência durante a pandemia, quais foram as dificuldades?

Categoria 5 - Dificuldades na contrarreferência durante a pandemia

IC 5: Priorização do atendimento aos casos de Covid-19 na UBS

DSC 5: *“Com a pandemia a contrarreferência piorou, porque as unidades de saúde priorizaram o atendimento dos pacientes respiratórios, então os outros pacientes não sintomáticos foram deixados de lado. Eu até entendo que foi necessário no início da pandemia, mas eu percebi que isso desorganizou a rede. Tivemos pacientes gestantes com intercorrências sem ter realizado pré-natal e elas vinham direto aqui na UPA, atendimento de gestante sem pedidos de exame, já no segundo e terceiro trimestre. Os pacientes com doenças*

crônicas de modo geral ficaram sem acompanhamento, a unidade só fazia a renovação das receitas para medicação. Então, já era ruim para as pessoas terem o acesso, na pandemia como restringiu muito o atendimento, a contrarreferência ficou praticamente inexistente.” (E3, E4, E5, E7, E9, E10, E11, E12 e E13)

O DSC 6 retrata a percepção de três profissionais em relação ao uso de tecnologia para atendimento/agendamento de consultas nas UBS durante a pandemia, sendo um processo que tinha como objetivo facilitar o atendimento, entretanto, os profissionais relatam as dificuldades dos usuários com a tecnologia no acesso à informação, à equipe de saúde e aos agendamentos.

Categoria 6 - Whatsapp na contrarreferência como dificultador durante a pandemia

IC 6: Uso de tecnologias como um dificultador para o atendimento na UBS durante a pandemia.

DSC 6: “Outro fator que dificultou o processo de contrarreferência foi o atendimento via Whatsapp nas Unidades Básicas, porque ficou muito difícil para os pacientes terem informação. Como a demanda é muito grande, eu imagino que as unidades devem ter recebido muitas mensagens por dia e assim fica difícil priorizar quem necessita de uma resposta mais urgente. Então nem todas as pessoas conseguem o acolhimento necessário, é muita gente para ser atendida e muitas pessoas não têm os recursos necessários. Então, o que eu percebo em relação aos relatos que recebo dos pacientes, é que o acesso ficou mais difícil. As queixas voltavam-se a dificuldade de agendamento, dificuldade de ter acesso à equipe, que tudo é por agendamento online, mesmo com o papel do encaminhamento eles precisam fazer todo aquele processo pelo Whatsapp para conseguir agendamento.” (E1, E4 e E11)

O DSC 7 revela a percepção de quatro profissionais em relação à facilidade da contrarreferência durante a pandemia com a abertura de um centro de apoio de atendimento aos usuários com suspeita de Covid-19 com sintomatologia leve à moderada.

Pergunta 5: Na sua percepção quais eram as facilidades na contrarreferência durante a pandemia?

Categoria 7: Facilidades na contrarreferência durante a pandemia

IC 7: Criação de um Centro de Apoio local.

DSC 7: “Diante da dificuldade de atendimento nas unidades básicas e com o aumento significativo do número de pacientes com sintomas respiratórios na UPA, houve a abertura de um serviço dentro do centro de saúde de Canasvieiras chamado anexo, onde dois

médicos e dois enfermeiros ajudaram a absorver a maior parte da demanda dos pacientes respiratórios. Então foi criado um fluxo em que o técnico de enfermagem do centro de saúde ficava junto com um técnico de enfermagem da UPA e quando identificado que esse paciente tinha sintoma respiratório leve ou médio, era encaminhado para esse anexo. A UPA atendia os pacientes Covid que tinham alteração de sinal vital, neste período de fevereiro até agosto de 2021 a gente só viu Covid grave, porque os casos mais leves estavam sendo atendidos lá naquela unidade que estava dando conta. Então isso ajudou bastante, tirou muita a pressão da porta da UPA. Diminuiu muito a demanda e desafogou os profissionais, ajudou a focar na demanda de pronto atendimento. Na minha percepção isso foi muito bom, tanto para a UPA como para os pacientes, se não tivesse esse apoio eu nem sei como teria sido.” (E2, E10, E11 e E13)

O DSC 8 compreende o depoimento de 11 profissionais, discurso que evidencia como principal dificuldade na contrarreferência no momento atual o acesso dos usuários à UBS após o encaminhamento médico, caracterizado pelo longo tempo de espera para a consulta e a barreira de acesso à equipe de saúde da família.

Pergunta 4: Na sua percepção, quais as dificuldades em relação à contrarreferência no momento atual?

Categoria 8: Dificuldades na contrarreferência pós pandemia

IC 8: O médico encaminha para a Unidade Básica de Saúde, mas o paciente volta para a UPA.

DSC 8: *“Eu acho que a principal fragilidade é a dificuldade de o paciente conseguir atendimento no posto, porque eles acabam voltando. Existem relatos de uma dificuldade em fazer um agendamento, às vezes tem tempo de espera de dois, três, quatro dias. Muitas vezes o médico encaminha para o centro de saúde e alguns dias depois o paciente retorna a UPA dizendo que não conseguiu ter acesso à equipe de saúde da família na qual ele pertence. Existe uma fragilidade enorme nesse quadro, porque é uma situação que deveria ser observada pela atenção primária, já que o paciente teve um primeiro atendimento em uma UPA e está sendo devolvido para a sua equipe, mas na verdade quando chega no posto é barrado.” (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11 e E12)*

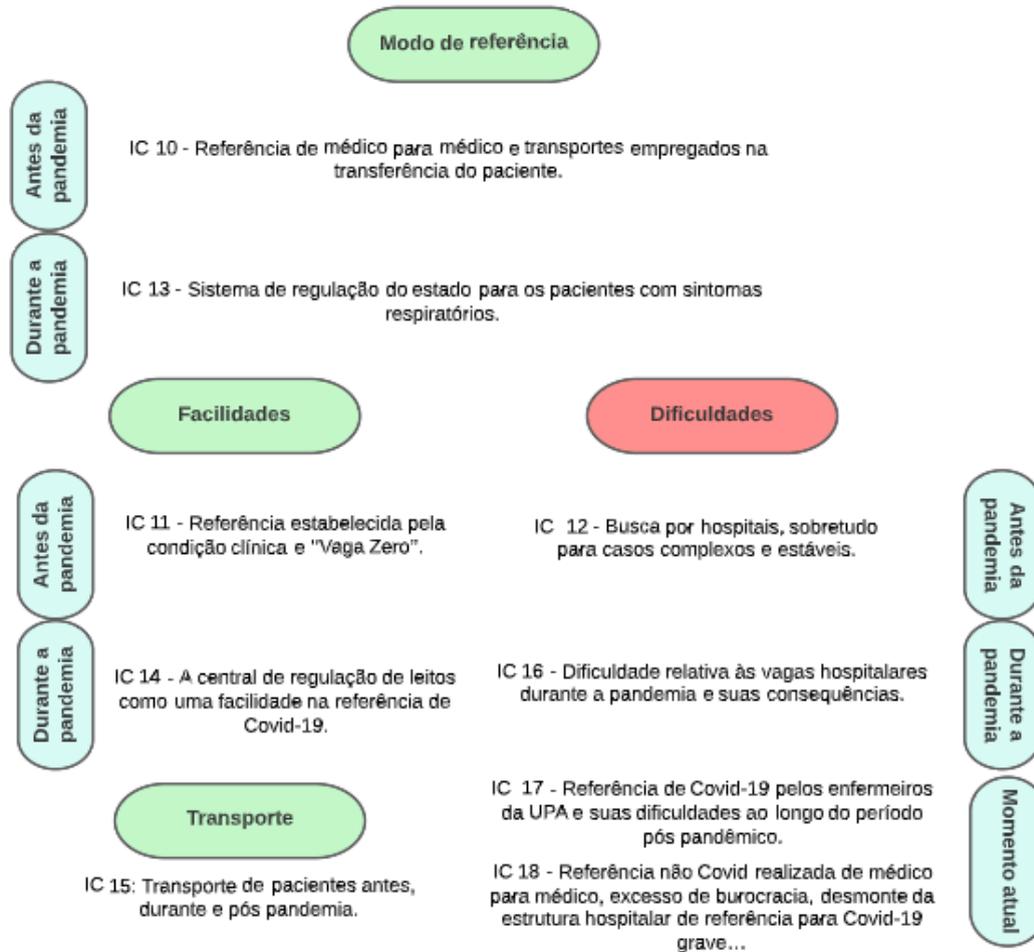
O DSC 9 revela a percepção de oito profissionais no tocante ao aumento da demanda não emergencial na UPA no momento atual, conseqüente à dificuldade de atendimento nas unidades básicas.

Categoria 9 - Queixas que não são de urgência/emergência

IC 9: Aumento da demanda não emergencial na UPA pós pandemia

DSC 9: *“Aumentou muito a procura de usuários com demandas que não eram de urgência e emergência aqui na UPA. Como é uma unidade de pronto atendimento e tem uma resposta, por mais que o usuário demore a ser atendido, ele vai ser atendido em algum momento. A UPA é 24 horas e não trabalha com agendamentos, isso facilita muito e acredito que seja um dos principais motivos para os usuários procurarem a unidade. Então criou uma cultura da população de procurar direto a UPA e aumentou demais o movimento na unidade. Alguns postos de saúde ainda não retomaram os atendimentos eletivos, os atendimentos espontâneos, então a gente tem hoje uma sobrecarga gigante aqui na UPA de casos não graves (...). Eu imagino que exista uma quantidade de pessoas que estavam sem tratamento no auge da pandemia e estão buscando o tratamento agora. Acho que a Covid influenciou no sentido que durante a pandemia os pacientes não procuraram, então aquilo que os pacientes não enxergavam como uma extrema urgência, eles foram postergando. E isso tem refletido bastante, porque os pacientes estão buscando atendimento e eles não estão conseguindo esse atendimento no posto.” (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9 e E13)*

Figura 2 - Ideias Centrais dos discursos em relação à referência.



Fonte: elaborada pela autora

O DSC 10 se refere ao modo como ocorria a referência antes da pandemia, representado pelo contato por telefone do médico da UPA com o médico do hospital.

Pergunta 6: Fale como era realizada a referência antes da pandemia e quais os profissionais responsáveis.

Categoria 10 - Modo de referência antes da pandemia

IC 10: Referência de médico para médico e transportes empregados na transferência do paciente.

DSC 10: *“Antes da pandemia, quando o paciente era atendido aqui na UPA e julgado que precisava de um recurso de maior complexidade para dar continuidade no atendimento e no tratamento dele, o médico da UPA entrava em contato com o médico do hospital solicitando a vaga. A referência é pela especialidade que o usuário necessita, então se é um paciente ortopédico ou neurológico vai entrar em contato com o Celso Ramos que é o hospital referência; se for um paciente queimado, o médico liga para o Hospital Universitário que tem a cirurgia plástica; se é um paciente com suspeita de infarto, o médico vai entrar em*

contato com o Instituto Coração ou Caridade, que são especialidades dentro do SUS para esse tipo de agravo. Então é feito o contato de médico para médico, solicitando a vaga e explicando o caso. Após o aceite do hospital o paciente é transferido com a nossa ambulância (ambulância branca) ou a ambulância do SAMU, dependendo da gravidade do caso. E tem casos que o médico encaminha por meios próprios, o paciente chega no hospital com o encaminhamento pela porta.” (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12 e E13).

O DSC 11 evidencia a percepção de sete profissionais em relação às facilidades no processo de referência antes da pandemia, sendo destacada a referência estabelecida de acordo com a especialidade clínica do usuário e a possibilidade de transferência por meio de “Vaga Zero” para os casos de gravidade e sem vaga hospitalar.

Pergunta 7: Na sua percepção quais são as facilidades em relação à referência antes da pandemia?

Categoria 11 - Facilidades na referência antes da pandemia

IC 11: Referência estabelecida pela condição clínica e “Vaga Zero”.

DSC 11: “A facilidade da referência é muito relativa, depende do caso clínico do paciente e do médico que está atendendo, tem casos que são mais fáceis de encaminhar porque tem uma referência determinada para o caso, por exemplo, paciente cardiológico a referência é o Hospital de Caridade, então é mais fácil encaminhar esses pacientes. Entretanto, alguns casos o médico demora muito tempo para conseguir encaminhar para o hospital, então é muito relativa essa facilidade, mas acredito que antes da pandemia era mais fácil porque não tinha tantos pacientes com necessidade (...). Nos casos em que tem uma gravidade e mesmo assim não se consegue vaga hospitalar, tem uma válvula de escape que é a “Vaga Zero” em que o médico entra em contato com o médico regulador do SAMU, explica o caso do paciente e a gravidade, o serviço pega o paciente na UPA e transfere para um hospital que eles julgarem que vai atender.” (E2, E3, E5, E7, E10, E12 e E13)

No DSC 12 emergiu o relato de seis profissionais no que tange às dificuldades no processo de referência antes da pandemia, sendo destacado os casos clínicos mais complexos como uma dificuldade no encaminhamento, assim como a falta de vaga e a negativa dos médicos nos hospitais.

Pergunta 11: Na sua percepção quais são as dificuldades em relação à referência antes da pandemia?

Categoria 12 - Dificuldades na referência antes da pandemia

IC 12: Busca por hospitais, sobretudo para casos complexos e estáveis

DSC 12: *“A dificuldade que a gente tinha eram os casos mais complexos e os mais estáveis que necessitavam de investigação. Pacientes com muitas doenças, por exemplo, um paciente com HIV que infartou, o hospital que trata cardiologia vai dizer que o problema dele é no hospital Nereu Ramos e esse vai dizer que é aquele. Então a fragilidade era essa dificuldade que o médico tinha em fazer essa referência, ficava pipocando entre um hospital e outro (...) dependia muito de quem estava no plantão, se o médico aqui conhecesse alguém do hospital a referência poderia ser facilitada. Também depende se tem vaga hospitalar, mas já aconteceu muito de ter a vaga e mesmo assim médico da referência dizer que seria melhor tentar em outro hospital. Pacientes graves as referências aceitam com mais facilidade sem questionar muito, mas os outros casos é manual e depende muito de uma decisão pessoal do médico que está no hospital. Acaba sendo efetivo porque uma hora alguém vai ter que receber o paciente, mas é gasto muito tempo nessa referência. ” (E1, E4, E5, E6, E8 e E13)*

O DSC 13 envolve o depoimento de dez profissionais quanto ao processo de referência durante a pandemia, destacando-se a criação de uma central de regulação do estado para a referência de pacientes com sintomas respiratórios, enquanto para os demais casos a referência continuava sendo por meio do contato telefônico entre médicos.

Pergunta 9: Como era feita a referência durante a pandemia, quais os profissionais responsáveis?

Categoria 13 - Modo de referência na pandemia

IC 13: Sistema de regulação do estado para os pacientes com sintomas respiratórios.

DSC 13: *“Na pandemia, o hospital Florianópolis era a referência para os pacientes Covid-19. No início não tinha tantos pacientes graves, a referência ainda acontecia por meio do contato de médico para médico. Em uma determinada altura do processo, houve a necessidade de regular essas transferências, devido ao grande número de solicitações. Para os pacientes que não tinham sintomas respiratórios continuava da mesma forma, médico da UPA ligando para o médico do hospital, entretanto, para os respiratórios houve a necessidade de organizar uma fila. Muitos pacientes graves precisavam de leito na unidade de terapia Intensiva ou enfermaria, então foi criada uma regulação de leitos através do SISREG, um sistema de regulação do estado. Então quando tinha um paciente com sintoma respiratório aqui na UPA que precisava de leito de enfermaria ou UTI, o médico inseria a solicitação de vaga para esse paciente dentro do sistema que procurava essas vagas nos hospitais do estado. A central de regulação dava um retorno informando em qual hospital*

tinha vaga, era feito o contato com o hospital para confirmar o leito e posteriormente o paciente era encaminhado.” (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E10, E11 e E13)

O DSC 14 revela a percepção de cinco profissionais em relação à facilidade na referência durante a pandemia, voltada para a central de regulação de leitos, que auxiliou na procura de leitos Covid-19.

Pergunta 10: Na sua percepção quais as facilidades em relação à referência durante a pandemia?

Categoria 14 - Regulação Covid-19

IC 14: A central de regulação de leitos como uma facilidade na referência de Covid-19

DSC 14: *“A central achava os leitos hospitalares que os pacientes com Covid-19 precisavam, então o médico fazia a solicitação para a central e depois de um tempo recebia a resposta. Na minha percepção a central facilitou porque trouxe uma ferramenta nova, conseguimos transferir os pacientes para outros locais fora da nossa região, foram transferidos pacientes para Nova Trento, São João Batista, entre outros locais, então ajudou muito. Por outro lado, não é um processo rápido, porque tinha que fazer a solicitação, esperar o retorno da central que informava onde tinha a vaga, ligar para o médico da referência e confirmar a vaga, e era um processo demorado devido ao grande número de solicitações. “ (E1, E2, E5, E6, E9)*

O DSC 15, composto pelos depoimentos de oito profissionais, contempla o processo de transporte de pacientes para o hospital como um aspecto positivo na referência durante a pandemia e no momento atual.

Pergunta 11: Em relação ao transporte para o hospital, como é realizado e quais as suas percepções sobre esse processo?

Categoria 15 - Transporte na referência antes, durante e pós pandemia

IC 15: Transporte de pacientes antes, durante e pós pandemia.

DSC 15: *“Para o transporte do paciente da UPA para o hospital tem a ambulância branca que é da própria UPA. Antes da pandemia, quando o transporte era para um paciente com estado de saúde não tão grave, ele ia acompanhado do médico da UPA com os materiais de urgência. Nos casos mais graves era e ainda é com o SAMU. Teve um período crítico de precisar de ambulância e não ter, mas, com a pandemia, a secretaria de saúde contratou um serviço terceirizado de transporte de pacientes que facilitou muito, então a gente ligava para o regulador da prefeitura e conseguia o transporte. Esse serviço ainda existe, funciona*

durante a semana por um período específico, isso é bom porque evita que um médico tenha que sair daqui para fazer a transferência.” (E1, E2, E6, E7, E10, E11, E12 e E13)

O DSC 16 representa a percepção de dez profissionais no que diz respeito às dificuldades na referência durante a pandemia, sendo destacada a dificuldade de vagas hospitalares, principalmente em relação às unidades intensivas.

Pergunta 12: Na sua percepção quais as dificuldades em relação à referência durante a pandemia?

Categoria 16 - Dificuldades na referência durante a pandemia

IC 16: Dificuldade relativa às vagas hospitalares durante a pandemia e suas consequências.

DSC 16: *‘No auge da pandemia, em março do ano passado [2021], tivemos muita dificuldade para conseguir vaga em hospital, principalmente em UTI. Foi terrível, não tinha leito, chegaram a ficar doze pacientes internados na UPA. Todo dia falecia gente aqui por falta de cuidados hospitalares, não tinha para onde encaminhar. Apesar de aumentarem vários locais de referência Covid-19, aumentaram o número de leitos de UTI, o hospital Regional fez outra UTI, o hospital Celso Ramos estava com uma UTI Covid-19 além da geral, mas mesmo assim não supriu a necessidade, teve pacientes que foram encaminhados para outras cidades e até mesmo outros estados. Foi uma época bem difícil de conseguir vaga em UTI, e não era um cenário apenas nosso, foi no país todo, mas dentro do que podia ser feito na UPA foi ofertado‘* (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12)

O DSC 17, composto pelos depoimentos de cinco profissionais da UPA, retrata a nova função do enfermeiro no momento atual ao realizar a solicitação de vaga para pacientes com Covid-19 que necessitam de leito hospitalar, bem como as dificuldades ao longo desse período.

Pergunta 14: Em relação à referência no momento atual, como está sendo realizada e quais as dificuldades encontradas nesse processo?

Categoria 17 - Referência de Covid pelos enfermeiros e suas dificuldades

IC 17: Referência de Covid-19 pelos enfermeiros da UPA e suas dificuldades ao longo do período pós pandêmico.

DSC 17: *‘Em março deste ano [2022] os enfermeiros da UPA assumiram a função de solicitar vaga para os pacientes Covid-19 que necessitam de leito de UTI ou enfermaria. Então hoje como é que funciona? O enfermeiro pega o caso do paciente, entra no SISREG,*

solicita a vaga e acompanha essa vaga junto com a central de regulação; a central dá o retorno sobre a disponibilidade do leito em determinado hospital; a partir disso, é comunicado ao médico da UPA que entra em contato com o hospital para confirmar a vaga. Na minha percepção foi um tanto complicado essa transição, porque essa responsabilidade não era do enfermeiro, então além das outras tarefas de assistência e supervisão teria que fazer essa nova função. O processo era demorado, tinha que ficar acompanhando no sistema a solicitação de vaga, e ao mesmo tempo dar assistência ao paciente grave. Atualmente não é tão demorada a resposta da central para a solicitação de leito, já que a demanda de paciente com Covid-19 grave diminuiu.” (E2, E3, E5, E6, E10)

O DSC 18, constituído pelas falas de seis profissionais, trata da dificuldade da referência no momento atual, destacando-se o contato via telefone de médico para médico para referências não Covid, o processo burocrático e demorado para a transferência de um paciente para o nível de maior complexidade e a falta de uma referência para os pacientes com Covid-19 em estado grave.

Categoria 18: Dificuldades na referência no momento atual

IC 18: Referência não Covid realizada de médico para médico, excesso de burocracia, desmonte da estrutura hospitalar de referência para Covid-19 grave...

DSC 18: *“Com a diminuição nos casos de Covid-19, a referência por meio do contato via telefone de médico para médico voltou a ser predominante e em alguns plantões o profissional enfrenta muitas dificuldades. O médico gasta muito mais tempo quando precisa resolver transferência de paciente, é mais burocracia do que assistência médica. Ter que ficar ligando, pedindo, quase implorando uma vaga, teve um paciente com uma insuficiência renal aguda que chegou em uma terça à noite e saiu quinta ao meio dia; ficou todos esses dias aqui sendo que na UPA é no máximo 24 horas. Eu fico ligando, acaba o plantão, o médico do próximo plantão continua tentando transferir, se conseguir ótimo, se não, fica para o próximo plantão(...). Outra dificuldade é que o paciente Covid-19 grave acabou ficando sem uma referência porque a estrutura foi desmontada, não teve um período de transição e diminuição de leitos.” (E1, E7, E9, E10, E11 e E13)*

O DSC 19, que contempla a participação de nove profissionais, aponta sugestões para a melhoria do processo de referência e contrarreferência, dentre as quais estão: a reorganização das equipes de saúde da família; a reeducação da população em relação ao que deve ser atendido em uma UPA; e a regulação e maior oferta de leitos nos hospitais.

Pergunta 16: Quais são as suas sugestões para a melhoria do processo de referência e contrarreferência?

Categoria 19 - Sugestões para melhorar a referência e contrarreferência

IC 19: Reorganização das equipes de saúde da família, reeducação da população, regulação e maior oferta de leitos hospitalares.

DSC 19: *"Em relação à contrarreferência eu acho que é necessário reorganizar as equipes de saúde das unidades (UBS) para que tenha abrangência sobre a população. As unidades devem ter as equipes completas, de forma que seja compatível com a população que é preconizada pelo Ministério da Saúde. E quando tiver um profissional da atenção básica de férias ou afastado, é necessário ter outro profissional para cobri-lo. Outra sugestão é a reeducação da população, pois eles são mal esclarecidos em relação ao que se atende em uma UPA, para que assim eles tenham o entendimento de qual serviço procurar dependendo do que ele tem. Já em relação à referência, eu acho que deveria ter um sistema de regulação de leitos para todos os pacientes que necessitam de leito hospitalar, porque da forma que é feito pelo contato telefônico entre os médicos depende de uma familiaridade entre os profissionais e de uma decisão pessoal. Além disso, outra sugestão é ter mais vagas hospitalares. Eu moro em Florianópolis a minha vida inteira e desde que eu me conheço por gente o único hospital que eu vi abrir foi o de Biguaçu. Continuam os mesmos hospitais de quando eu era criança, a população dobrou em quantidade e os hospitais continuam os mesmos." (E1, E2, E5, E8, E9, E10, E11, E12 e E13)*

5.1.4 Discussão

A articulação entre os serviços de saúde é um fator determinante para a continuidade do cuidado, sendo realizada por meio da referência e contrarreferência (FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018). O primeiro discurso dos profissionais relata sobre o processo de contrarreferência realizado pelos médicos por meio de carta de contrarreferência. No que tange ao encaminhamento dos indivíduos para a atenção primária, os profissionais utilizam da carta de contrarreferência para repassar informações importantes sobre o paciente, também podem realizar apenas o encaminhamento verbal com complementação no Sistema de Registro Eletrônico, prontuário eletrônico do paciente que visa fortalecer a comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços de saúde que compõem a rede, melhorando o processo de contrarreferência (PEREIRA, 2018; ÁVILA *et al.*, 2022). A carta de contrarreferência é vista como um método ineficiente para o encaminhamento dos usuários

para a atenção básica, dado que não há um padrão entre os profissionais para a sua execução, tendo como consequência a falta de informação pertinente para a continuidade do cuidado, além disso, há casos em que o paciente retorna à atenção primária sem uma contrarreferência formal (FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018).

Em relação aos enfermeiros da UPA, existe o impedimento desses profissionais de realizarem o encaminhamento dos usuários para a unidade básica após a classificação de risco. Mesmo identificando que a assistência que o indivíduo procura não é no âmbito da UPA, os usuários que passam pela classificação de risco recebem atendimento médico e apenas esse profissional pode encaminhá-lo para outro serviço da rede, exceto se houver um protocolo institucional que permita ao enfermeiro desempenhar essa função, a partir de um fluxo estabelecido (PEREIRA, 2018).

Na perspectiva dos profissionais da UPA, o impedimento do enfermeiro de realizar a contrarreferência não contribui para o pleno funcionamento da unidade. Pesquisa realizada com enfermeiras de ligação de um hospital e UPA em Curitiba, constatou que a inserção das mesmas fortaleceu a articulação entre os pontos de atenção da RAS, visto que elas tinham que realizar o contato telefônico para a contrarreferência e o planejamento da continuidade do cuidado dos usuários. Além disso, possibilitou um maior entendimento em relação ao funcionamento da rede, fortalecendo o fluxo de contrarreferência e diminuindo o retorno dos usuários à UPA. Entretanto, dentre as dificuldades reveladas estão a falta de tempo e o número reduzido de enfermeiras assistenciais, uma vez que a nova função foi inserida na rotina das profissionais dentre as já existentes (RIBAS *et al.*, 2018).

Em relação à dificuldade de acesso às UBS após o encaminhamento médico e o retorno desses usuários à UPA, relatado nos discursos dos profissionais em relação às dificuldades da contrarreferência antes da pandemia e no momento atual, é identificado uma falha na contrarreferência e, conseqüentemente, na integralidade do cuidado. Sendo esse um elemento organizacional imprescindível para a qualidade dos diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde que, quando assegurados pelo fluxo de referência e contrarreferência, garantem um cuidado efetivo e continuado (MEZARROBA *et al.*, 2021).

Diante do importante papel desempenhado pela atenção primária à saúde, que além de exercer o primeiro contato com o usuário, tem entre suas responsabilidades a condução dos usuários aos demais serviços de saúde que compõem a rede, o acesso ao serviço é um elemento essencial para a sua utilização e continuidade do cuidado (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). Contudo, um estudo realizado em Minas Gerais em relação às UBS, evidenciou limitações no acesso à saúde com dificuldades para a marcação de consultas,

tempo de espera expandido, acolhimento frágil, bem como instabilidade no atendimento e na resolução das necessidades mais urgentes dos usuários. Ainda, as barreiras de acesso foram identificadas em horários de funcionamento limitados e a demora para efetivar o atendimento, tendo como consequência o acúmulo de consultas semanais e filas de espera por atendimentos (BORGES; LIMA; SANTOS, 2021).

Além da dificuldade do acesso e utilização do serviço, os usuários muitas vezes não conseguem entrar em contato com a sua equipe de saúde da família. A Estratégia de saúde da família (ESF), implantada em 1994, tem como objetivo o aumento da cobertura populacional, promovendo uma maior aproximação entre os serviços e a população ao vincular as pessoas de um determinado território a uma equipe de referência (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020). Mas, as demandas cotidianas na ESF e as limitações do acesso se traduzem nas dificuldades enfrentadas pelas equipes como a baixa cobertura populacional, elevado número de pessoas cadastradas, baixa resolutividade, falta de Agente Comunitário de Saúde (ACS), ineficácia da gestão e escassez de ações programadas (CHÁVEZ *et al.*, 2020).

O ingresso deficitário às UBS e conseqüentemente o acesso do usuário à sua equipe de referência, relatado pelos profissionais nas dificuldades da contrarreferência, implica diretamente no processo de contrarreferência da UPA. Os usuários acabam retornando à UPA devido às fragilidades da UBS pela dificuldade de acesso e falta de resolução das suas necessidades. Nesse meandro, estudo realizado em uma UPA de Santa Catarina sobre a perspectiva dos profissionais em relação à contrarreferência destacou dentre os motivos que dificultam a contrarreferência para a atenção básica: a falta de fluxo e de recursos, tais como médicos e estrutura (HERMIDA *et al.*, 2019).

A respeito disso, dois estudos revelaram um baixo fluxo de contrarreferência das UPA (HERMIDA *et al.*, 2018; GOUVEIA *et al.*, 2019). Em uma das pesquisas, realizada em Santa Catarina com 37 profissionais de uma UPA, entre médicos e enfermeiros, que utilizou um instrumento baseado nas dimensões donabedianas que avalia os serviços de saúde por meio de uma escala likert, evidenciou baixa pontuação em relação à contrarreferência, resultado relacionado às fragilidades da atenção básica e falta de integração na rede assistencial (HERMIDA *et al.*, 2018). Estudo envolvendo 63 enfermeiros de uma UPA da Paraíba que também utilizou um instrumento de avaliação formado por 21 itens dispostos em escala do tipo Likert de cinco níveis, constatou baixa pontuação em relação ao encaminhamento dos casos de baixa complexidade para a atenção primária. Em contrapartida, uma suposição para essa baixa pontuação foi a boa resolutividade dos serviços de urgência, sem a necessidade do encaminhamento para serviços de baixa complexidade (GOUVEIA *et al.*, 2019).

Em relação a contrarreferência durante a pandemia pela Covid-19, os profissionais referem a inexistência da contrarreferência e a perda da continuidade do cuidado em relação aos pacientes com condições crônicas de saúde ou gestantes. O enfrentamento da pandemia pela Covid-19 foi um processo turbulento na atenção primária, visto que, as equipes de saúde estavam temerosas em relação ao risco de contaminação, adoecimento e transmissibilidade da doença para seus familiares, de modo que muitos profissionais de saúde se recusaram a realizar atendimentos. Ademais, aqueles profissionais que constituíam grupos de risco foram afastados conforme as recomendações, o que por um lado prejudicou as ações e sobrecarregou o serviço (CIRINO *et al.*, 2021). Com o aumento no número de usuários com sintomas gripais e a sobrecarga dos profissionais, muitas das rotinas das UBS foram suspensas, o que ocasionou a perda do segmento dos cuidados voltados para os pacientes crônicos e a agudização dos casos (COSTA; CARVALHO; COELHO, 2020).

Apesar das dificuldades de acesso às UBS relatada pelos profissionais ao longo dos discursos, a atenção primária teve um papel fundamental no enfrentamento da Covid-19, visto que as equipes de saúde da família em contato com a comunidade favoreciam o processo de distanciamento e isolamento social, assim como a vigilância dos casos suspeitos ou confirmados, o que auxiliou na diminuição da transmissibilidade da doença (DAUMAS *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020). Além da vigilância em saúde, os serviços da APS atuavam na atenção direta aos usuários com Covid-19. O cuidado era prestado aos pacientes que apresentavam quadros leves ou moderados, sendo estes separados daqueles considerados assintomáticos que requeriam atenção presencial. Ainda, os casos que necessitavam de atendimento de maior densidade tecnológica eram encaminhados para outros níveis de atenção, visando a continuidade do cuidado (MEDINA *et al.*, 2020).

Assim, a atenção primária se reestruturou e remodelou seus fluxos de atendimento para dar continuidade às suas ações primordiais. Para isso, foram adotadas estratégias, principalmente em relação ao uso de tecnologias de informação e comunicação, como consultas por meio de vídeo chamadas (teleconsultas), renovação de receita e busca por medicação mediante o aplicativo do *Whatsapp*, em busca da garantia do cuidado, essencialmente aos usuários com condições crônicas e pertencentes a grupos prioritários como gestantes e lactentes (DAUMAS *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020). Entretanto, segundo o discurso dos profissionais, os usuários têm dificuldades de acesso às informações e a equipe de saúde por meio do *Whatsapp*, a demanda é muito grande e as unidades não conseguem responder a todas as solicitações, além disso, nem todos os usuários têm os recursos necessários para tal atendimento.

Apesar do cenário de precarização do processo de contrarreferência, uma facilidade apontada pelos profissionais da presente pesquisa foi a criação de um centro de apoio aos casos sintomáticos respiratórios. Em consonância, também em Santa Catarina, para diminuir o trânsito de usuários na UPA, organizou-se um Centro Ambulatorial de Triagem (CAT) anexo à mesma. O CAT era responsável pela triagem dos usuários com sintomas respiratórios, assim como pelo atendimento médico para os casos leves e moderados. Quando os usuários necessitavam de avaliação complementar com exames laboratoriais ou de imagem, eram encaminhados à UPA. Já os casos graves eram diretamente regulados para a sala de estabilização de Covid-19 na UPA (BORDIGNON *et al.*, 2020).

No momento atual, a dificuldade de acesso continuou sendo destaque. Apesar da reorganização da rede, ainda existe uma fragilidade nos atendimentos nas UBS e um aumento da procura pela UPA, mesmo em casos não emergenciais, como destacado no discurso dos profissionais. Pesquisa em uma UPA no Centro-Norte de Goiás revelou que em um período de três anos a maior demanda foi por atendimentos pouco urgentes, enquanto a menor foi de atendimento emergencial. Evidenciou-se também que a unidade realizou poucos encaminhamentos para os outros serviços se comparado ao grande número de atendimentos não emergenciais realizados, totalizando apenas 680 encaminhamentos no período de 2016 a 2018 (SAMPAIO *et al.*, 2022). Grande parte dos atendimentos da UPA poderiam ser resolvidos e acompanhados nas unidades básicas, reduzindo a sobrecarga da mesma (FABRIZIO *et al.*, 2018).

Antes da pandemia e no momento atual, grande parte do processo de referência na UPA ocorreu por meio do contato telefônico do médico do serviço com o médico do hospital, entretanto, como destacado pelos profissionais, algumas vezes esse processo é dificultoso e burocrático para conseguir a vaga hospitalar. Estudo com os coordenadores de diferentes UPA no Paraná destacou que o encaminhamento dos pacientes para o nível hospitalar ocorre por meio do contato pessoal, central de regulação e SAMU, entretanto, alguns serviços declararam que o fluxo de referência e contrarreferência não funciona em razão da falta de adesão dos médicos aos protocolos ou da não concordância com o diagnóstico de outros profissionais. O mesmo estudo ressalta ainda que o principal motivo da dificuldade do encaminhamento hospitalar é a inexistência de vagas nesses serviços (UCHIMURA *et al.*, 2015). Em concordância, médicos e enfermeiros de uma UPA de Santa Catarina relataram como barreiras à referência hospitalar: a dificuldade de vagas pela superlotação nos hospitais da região, a fragilidade no contato com os hospitais e a dificuldade de transporte, principalmente para pacientes mais estáveis (HERMIDA *et al.*, 2022).

Apesar da dificuldade da referência para os hospitais frente à superlotação, existe um recurso de regulação denominado Vaga Zero, aplicado quando há o risco iminente de morte, uma vez que o mesmo tem como objetivo o encaminhamento do paciente em gravidade para o ambiente hospitalar (KONDER; O'DWYER, 2019). Em tal situação, o médico regulador do SAMU tem como responsabilidade, segundo a Lei no 2.048/2002: “Decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências.” (BRASIL, 2002).

Em relação ao processo de referência durante a pandemia, os profissionais relatam o uso de uma central de regulação de leitos aos pacientes com Covid-19. Em Santa Catarina, o processo de referência dos pacientes com sintomas respiratórios se deu por meio da Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH) em conjunto com a Central de Regulação do Estado, como uma forma de reorganizar os fluxos regulatórios e assistenciais entre os serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas em todas as regiões do estado, buscando o melhor recurso para a assistência dos pacientes com Covid -19, seguindo a Deliberação n. 035 (CIB, 2021).

Um estudo realizado em uma Central de Regulação de Internações Hospitalares do estado de Santa Catarina apresenta os fluxos de solicitações de vagas hospitalares em enfermarias e UTI. No contexto da UPA, a solicitação era feita por meio do Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG) em contato com a CRIH, responsável por verificar o leito hospitalar próximo a residência do usuário e que atenda a sua necessidade clínica, baseada nas informações do paciente repassadas pela UPA. Após a reserva do leito, a CRIH repassa a informação para a unidade solicitante que se responsabiliza por contatar com o médico do hospital no qual a vaga está reservada, repassar o caso e organizar o transporte. Nos casos de solicitação de leitos de UTI em que a CRIH não consegue localizar, a solicitação é encaminhada para a Central de Regulação do Estado que opera em conjunto com as CRIH macrorregionais (MACEDO *et al.*, 2020).

Em relação ao discurso dos profissionais enfermeiros que relatam a nova função relacionada à referência de pacientes Covid-19 na UPA por meio da central de regulação, reflete o espaço que o profissional vem ganhando em relação aos encaminhamentos de usuários, entretanto ainda muito dependentes dos profissionais médicos. O gerenciamento de leitos é uma atividade que recentemente começou a constituir as funções do enfermeiro, principalmente nos níveis de atenção terciária. O enfermeiro e sua equipe são essenciais para equilibrar a demanda e a oferta de leitos pelos serviços, sendo importante a autonomia para o

gerenciamento e a ressignificação da atribuição médica na gestão do leito hospitalar. Dentre as potencialidades que facilitam a gestão de leitos está o conhecimento do perfil clínico do paciente relacionado à visão integral do cuidado, assim como o emprego de sistemas de informatização voltados aos processos assistenciais e administrativos, tal como o SISREG (FOGAÇA *et al.*, 2021). A pandemia foi um momento em que os enfermeiros fortaleceram os seus conhecimentos e práticas voltadas para a gestão de leitos, principalmente em relação à autonomia, tomada de decisão e liderança (LISBÔA *et al.*, 2022).

Diante do cenário de pandemia, os serviços de saúde passaram por um processo de reestruturação com o objetivo de atender a demanda dos pacientes com Covid-19. Ao longo do discurso em relação à referência durante a pandemia, os profissionais relatam a abertura de novos leitos para atendimento de Covid-19, entretanto tal expansão não foi suficiente para atender a demanda de pacientes graves. Em Santa Catarina, dentre as alternativas para o enfrentamento da doença em ascensão, houve o aumento do número de leitos de UTI (DUTRA; LENZI; LISIESKI, 2022). Em consonância, o estado de Pernambuco estabeleceu em seu Plano de Contingência a necessidade de organização da rede de atenção e a ampliação da oferta de leitos de terapia intensiva (UTI) e de enfermaria em serviços de saúde para o enfrentamento da Covid-19. Identificou-se um crescimento expressivo de leitos entre abril e agosto de 2020, passando de 1,29 leitos/10.000 habitantes para 4,74 leitos/10.000 (PONTES *et al.*, 2021). Apesar da ampliação de leitos em âmbito nacional para o enfrentamento da pandemia, a implementação não foi suficiente para atender a toda população, visto que a fila de espera para internação hospitalar e a lotação dos leitos disponíveis era registrada em diferentes regiões do Brasil (COSTA *et al.*, 2020).

No cenário da UPA, os casos graves de Covid-19 permaneciam em ambientes de estabilização no aguardo de leitos hospitalares, diante do aumento do número de casos e da gravidade dos mesmos, assim como mencionado no discurso dos profissionais em relação às dificuldades na referência durante a pandemia. As unidades recebiam diariamente muitos pacientes, o que culminou no esgotamento mental dos profissionais e na superlotação desses serviços (BELARMINO *et al.*, 2021). Diante das barreiras no processo de referência para o hospital, principalmente durante a pandemia pela falta de vagas, os pacientes passam mais de 24 horas assistidos na UPA, mesmo esta não sendo organizada para que o tempo de permanência dos pacientes exceda 24 horas (BRASIL, 2013).

Estudo realizado por meio do Sistema de Integração de Dados da Secretaria de Saúde do estado do Ceará identificou o número de mortes por Covid-19 na UPA como um importante indicativo da dificuldade de acesso aos leitos hospitalares, visto que se tratava de

pacientes que aguardavam vaga em leitos de UTI. Tal dificuldade fez com que o tempo de espera nas UPA ultrapassasse com frequência o período de três dias, chegando a uma semana ou mais. Em nove UPA da cidade de Fortaleza, no período de um mês o número de mortes passou de 30 por dia, nas diferentes unidades, em consonância, o número de solicitações para leitos hospitalares girou em torno de 320 por vários dias (COELHO, 2021).

A longa permanência dos pacientes na UPA implica na fragilidade dos cuidados e recursos necessários, que são insuficientes devido às limitações próprias do serviço, representando um risco potencial para prejuízo ou agravamento do estado de saúde do paciente (KONDER & O'DWYER, 2019).

Ainda durante a pandemia começaram os avanços em relação à imunização contra a doença, em janeiro de 2020 o material genético do novo vírus foi sequenciado permitindo que a busca pela vacina iniciasse (SILVA; NOGUEIRA, 2020). Um estudo realizado com a população de Londrina, realizado entre o período de 17 de janeiro a 4 de setembro de 2021, considerado o início da vacinação da população de Londrina, constatou que com o avançar das semanas epidemiológicas, a partir de vacinação, houve um decréscimo na ocupação de leitos de UTI e o consequente fechamento desses leitos (SARDÁ *et al.*, 2022). Tal situação corrobora com o discurso que relata a diminuição da estrutura hospitalar para atendimento de pacientes com Covid-19.

Em consonância, uma pesquisa realizada no município de Teresópolis, Rio de Janeiro, constatou a diminuição no número de novos casos de contaminação pela Covid-19 após grande parte da população estar vacinada contra a doença. O estudo também relaciona a diminuição da ocupação de leitos de UTI e enfermarias a partir da ação preventiva (NESI, 2022).

O sistema de transporte sanitário é um dos principais sistemas logísticos da RAS, que em consonância com os demais sistemas visa a eficácia da referência e contrarreferência de pacientes e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos da rede de atenção à saúde. Assim, o transporte é um importante elemento de integração na RAS, pois promove condições para a continuidade do tratamento dos pacientes que necessitam de deslocamento para outras instituições na mesma cidade ou para centros mais especializados na área da saúde (ZOTTI, 2020). A respeito disso, existe o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), estrutura integrante da RUE que em conjunto com a Central Reguladora de Urgências promove a assistência em urgências e ordena os fluxos de referência entre os serviços da rede (BRASIL, 2003).

Pesquisa em uma capital no sul do Brasil com o objetivo de conhecer as repercussões da pandemia de Covid-19 no processo de trabalho e na saúde dos profissionais do SAMU, identificou o aumento nas demandas assistenciais por agravos respiratórios, prejuízos nas relações com serviços da rede face aos novos protocolos e aumento do tempo resposta pela higienização das ambulâncias e paramentação/desparamentação. (PAI *et al.*, 2021).

Em consonância ao discurso dos profissionais em relação ao transporte, em relação a operacionalização e a logística, no município de Sobral, Ceará, foi mantido os serviços providos de ambulâncias e garantida a segurança dos seus condutores durante o transporte de pacientes em suspeita ou confirmados para Covid-19, além de contratadas ambulâncias por intermédio de serviço de locação, para fortalecer a estratégia de atendimento ao transporte sanitário, diante da necessidade de decisões urgentes em relação aos pacientes em estado grave. Desse modo, o atendimento aos pacientes se manteve efetivo e satisfatório, apesar da situação de emergência em que se encontrava o município (FERREIRA *et al.*, 2021).

Em relação às sugestões para a melhoria do processo de contrarreferência e referência na UPA, os profissionais destacaram a reorganização das equipes de saúde da família, a sensibilização dos usuários em relação à proposta de atendimento de uma unidade de urgência e emergência, a necessidade de uma regulação de leitos permanente e o aumento da oferta de leitos hospitalares.

Sobre a necessidade de reorganização das equipes de saúde da família, a falta de profissionais na atenção básica é uma dificuldade de muitos anos. A iniciativa da ESF, instituída na década de 1990, foi uma tentativa de adequar esse serviço para o aumento da cobertura populacional e incentivo à proximidade entre os usuários e a sua unidade de referência, proposta que teve resultados a partir dos anos 2000, contudo, essa expansão tinha um ritmo diferente quando avaliada diferentes regiões do Brasil (CHÁVEZ *et al.*, 2020).

A partir dessas dificuldades ocorreu a implementação do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013, que preconizava a contratação emergencial de mais médicos, maior investimento na atenção primária e a expansão na formação de médicos com foco na valorização das unidades básicas (BRASIL, 2015). Tal estratégia contribuiu para o fortalecimento da cobertura populacional e organização das ESF já implantadas, sendo possível a cobertura de quase 100% da população em municípios de pequeno porte, recaindo sobre os entraves relacionados à carência de profissionais médicos. Desse modo, a cobertura populacional ainda é desigual no país, mesmo com estratégias, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um dos desafios predominantes (MIRANDA *et al.*, 2017).

Quanto ao acesso dos usuários que procuram a UPA, mas que poderiam ser atendidos na atenção primária, é necessário uma reorganização desse fluxo, visto que a utilização inadequada da UPA gera superlotação do serviço e a falta de diagnóstico precoce aos usuários com gravidade, além do aumento no tempo de espera, fragmentação do cuidado e sobrecarga de trabalho aos profissionais (FABRIZZIO *et al.*, 2018). A educação em saúde é uma estratégia importante para a sensibilização dos usuários em relação à função de cada serviço de saúde na rede, dado que esse conhecimento da população a respeito das unidades de pronto atendimento é escasso. A educação em saúde deve ser realizada em todos os serviços, sobretudo, na atenção primária (FABRIZZIO *et al.*, 2018; CESAR *et al.*, 2021; MORAES *et al.*, 2022).

Já em relação a necessidade de regulação de leitos de forma permanente, o complexo de regulação instituído por meio da Portaria nº 1559 de agosto de 2008, é um mecanismo organizacional que permite a otimização da demanda crescente e dos recursos disponíveis, tendo a função de regular os leitos hospitalares buscando a alternativa de assistência mais adequada para o usuário. O complexo regulador é composto pelas centrais de regulação que podem ser municipais, regionais ou estaduais, funcionando de forma articulada aos serviços de saúde (FERRAZ; CARREIRO, 2018).

A importância da utilização das centrais de regulação está voltada à sua sistematização em relação à atenção à saúde e ao acesso assistencial, como preconizado pela Política Nacional de Regulação (SANTOS *et al.*, 2018). Quando a referência fica apenas sob a responsabilidade do profissional médico, não é possível ter essa visão ampliada em relação a quantidade de vagas disponíveis nos hospitais, com possíveis prejuízos na consolidação dos princípios do SUS.

No que tange a ampliação de leitos hospitalares, os profissionais sinalizam a necessidade de expansão de leitos para atender a demanda da população que muitas vezes não têm acesso à assistência de alta complexidade. Entretanto, os planejadores do sistema de saúde apontam que a maior oferta de leitos implica em maiores taxas de internações. Tal constatação pode estar relacionada aos locais com uma excessiva oferta de leitos e uma demanda sem real necessidade ou carência de acesso, o que faz com que os indivíduos que antes não tinham acesso passem a procurar mais pelo serviço quando disponível (LINS, 2019).

A esse respeito, o Ministério da Saúde (MS) estabelece, por meio da Portaria nº 1.631 de outubro de 2015, seção IV, que trata sobre a atenção hospitalar voltada aos leitos e internações, os parâmetros para a programação de leitos. O cálculo utilizado para determinar a

quantidade de leitos gerais necessários envolve analisar a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) e a sua demanda, sendo estas dimensões correlacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes (BRASIL, 2015).

Um estudo realizado no Paraná, utilizando os critérios estabelecidos na portaria acima mencionada, constatou que a quantidade de leitos é satisfatória em relação à quantidade mínima exigida pelo MS. Entretanto, a pesquisa reforça a necessidade de considerar o fator regionalização para o planejamento de oferta de leitos. Além disso, é destacada a importância de considerar todas as variáveis para a ampliação de leitos, visto que a ociosidade das vagas hospitalares é um custo alto para o sistema de saúde (BARBOSA; RAKSA; RIBEIRO, 2018).

Por fim, apesar do estudo qualitativo não considerar relevante o número de participantes e sim a profundidade das informações coletadas, considera-se como fragilidade do estudo o quantitativo de profissionais que participaram, haja vista que um maior número poderia expressar ainda mais o coletivo, além de novas informações. O estudo traz informações a respeito do processo de referência e contrarreferência na UPA, em relação às facilidades e as dificuldades, que podem subsidiar ações para a melhoria desse sistema.

5.1.5 Considerações Finais

Na perspectiva dos profissionais a referência e contrarreferência na UPA possui barreiras de logística, recursos humanos e também a falta de estrutura hospitalar, que impedem ou atrasam a sua concretização. Em relação à Covid-19, o período pandêmico foi um fator determinante na debilidade da referência e contrarreferência. Todavia, a partir da crise sanitária houve a necessidade de se adotar estratégias organizacionais que contribuíram para a operação desse sistema, com destaque para a central de apoio à contrarreferência, o centro de regulação de leitos e a ampliação das ambulâncias.

A partir dos discursos dos profissionais médicos e enfermeiros, atuantes na UPA, percebe-se que antes da pandemia a contrarreferência apresentava menos fragilidades em relação ao período de pandemia e ao momento atual. As dificuldades da contrarreferência compreendem a superlotação das unidades básicas, falta de profissionais e a dificuldade do acesso do usuário à sua equipe de saúde, relatadas tanto antes da pandemia como no momento atual. Quanto ao momento da pandemia, o processo de contrarreferência e a continuidade do cuidado da população foram prejudicados, visto que as unidades básicas se concentraram nos pacientes sintomáticos respiratórios, além disso, foi destacado o uso de tecnologias de comunicação nas unidades básicas como um fator dificultador de acesso à informação pelo usuário, pois, segundo os profissionais, a unidade não conseguia responder a toda demanda, assim como nem todas os usuários têm os recursos necessários.

Em relação à referência antes da pandemia, as dificuldades voltavam-se para os casos mais complexos com múltiplas comorbidades e pacientes mais estáveis encaminhados para investigação, devido os entraves enfrentados pelo profissional para conseguir o aceite em diferentes hospitais. Durante a pandemia, diante da sobrecarga dos hospitais e a falta de vagas hospitalares, o processo de referência demonstrou maior fragilidade, os profissionais tinham dificuldade de conseguir a vaga mesmo utilizando uma central de regulação de leitos e os usuários permaneciam por dias recebendo assistência na UPA. Tal fragilidade aos poucos se tornou menos evidenciada com a redução no número de casos de Covid-19. No momento atual, a referência permanece com dificuldades, com destaque ao processo burocrático e demorado para o encaminhamento hospitalar.

Frente a essa realidade, são necessárias transformações e melhorias para que o sistema de contrarreferência e referência se concretize sem empecilhos. Com base na opinião dos

profissionais entrevistados, estão entre as melhorias necessárias: a reorganização das equipes de saúde da família, reeducação da população, bem como regulação e maior oferta de leitos.

Por fim, destaca-se a falta de autonomia da enfermagem, principalmente em relação a contrarreferência dos pacientes, visto que, no serviço não existe um fluxo definido para realizar tal ação, pois os usuários que acessam o serviço de UPA e são classificados pelo enfermeiro, são atendidos pelo profissional médico, sendo o responsável pela contrarreferência, que poderia ser de responsabilidade do enfermeiro. Em relação ao encaminhamento hospitalar, os profissionais apresentam uma maior participação no processo de referência dos pacientes com Covid-19 no momento atual, entretanto, continuam dependentes do profissional médico para a finalização da referência.

5.1.6 Referências do manuscrito

ÁVILA, Grazielly Soares *et al.* PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA GESTÃO DO CUIDADO EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. *Cogitare Enfermagem*, [S.L.], v. 27, p. 1-10, 16 maio 2022. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/HDNgYCbWhCSvWNdsHkrRJhQ/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

BARBOSA, Thamyres Correa; RAKSA, Vivian Patricia; RIBEIRO, Annanda Letícia Unicki. Necessidade de leitos hospitalares para o SUS no estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 27-34, 24 jul. 2018. *Revista de Saude Publica do Parana*. <http://dx.doi.org/10.32811/2595-4482.2018v1n1.37>. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/37>. Acesso em: 07 nov. 2022.

BELARMINO, Adriano da Costa *et al.* O enfermeiro na classificação de risco durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 8, p. 1-14, 12 jul. 2021. *Research, Society and Development*. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17387>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17387>. Acesso em: 12 out. 2022.

BORDIGNON, Juliana Silveira *et al.* Vivências e autonomia de enfermeiras de uma Unidade de Pronto Atendimento em tempo de pandemia. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 205-210, 3 ago. 2020. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n1.esp.3724>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3724>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BORGES, João Paulo Assunção; LIMA, Rosana Ferreira; SANTOS, Sara Cristina Ribeiro dos. AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA

PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 1-14, 25 out. 2021. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v10i2.4238>. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4238>. Acesso em: 13 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.048, de 05 de dezembro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 23 de out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em 04 de out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em 02 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos: dois anos—mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em 06 de nov.. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.631 de 01 de outubro de 2015. Estabelece os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/regulacao-portarias>. Acesso em 07 de nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus COVID-19, 1ª ed. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 05 de mar. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 04 de mar. de 2022.

BRONDANI, Juliana Ebling *et al.* DESAFIOS DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ATENÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES. **Cogitare Enferm**, [s. l], v. 1, n. 21, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>. Acesso em: 04 out. 2022.

CHÁVEZ, Giannina Marcela *et al.* Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1-9, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0331>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/rLPKRPybWkRjFwPPBTWftGj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

CAMARGO, Diângeli Soares; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Ampliando o acesso: o acolhimento por equipe como estratégia de gestão da demanda na atenção primária à saúde (aps). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-17, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190600>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190600/pt/>. Acesso em: 13 ago. 2022.

CANEPPELE, Aline Heleni *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. , p. 1-7, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0312>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qwb3vpq9FkWRkskRQSkZRGf/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2022.

CESAR, Mariana Pellegrini *et al.* Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 13, p. 330-335, 9 mar. 2021. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8604>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8604>. Acesso em: 06 nov. 2022.

CIB. Comissão Intergestores Bipartide (Santa Catarina). Deliberação nº 035/CIB/2021, de 26 de março de 2021. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2021/03/DELIBERA%C3%87%C3%83O-CIB-35-2021.pdf>. Acesso em: 12 de out. 2022

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos *et al.* Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 16, n. 43, p. 1-14, 14 jul. 2021. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665). Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003053034>. Acesso em: 08 out. 2022.

COELHO, Ivan Batista. ATENÇÃO HOSPITALAR À PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL EM 2020. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Toledo (org.). **Acesso e cuidados especializados**. Brasília: Conass, 2021. p. 1-342. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2021/06/22/13_15_43_233_covid_19_volume5_1_.pdf#page=83. Acesso em: 12 out. 2022.

COSTA, Waldemir de Albuquerque; CARVALHO, Natalia de Campos; COELHO, Pedro Alexandre Barreto. Colapso da Atenção Básica em contexto de COVID-19 sob o olhar de uma UBS. **Comunicação em Ciências da Saúde**, S.I, v. 31, p. 209-216, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/735>. Acesso em: 08 out. 2022.

COSTA, Danielle Conte Alves Riani *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 232-247, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e415>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/232-247/pt/>. Acesso em: 12 out. 2022.

DAUMAS, Regina Paiva *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 1-10, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104120>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>. Acesso em: 08 out. 2022.

DUTRA, João Gabriel Vitorino; LENZI, Eduarda Letícia; LISIESKI, Nadia. Regulação de leitos: número de pacientes no aguardo de leitos uti covid-19 no estado de santa catarina. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S.L.], v. 12, n. 38, p. 323-338, 19 jun. 2022. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.323-338>. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/617>. Acesso em: 05 set. 2022

FABRIZIO, Greici Capellari *et al.* Redes de atenção à saúde e as demandas dos usuários pela Unidade de Pronto Atendimento: conflitos e possibilidades. **Jmphc | Journal Of Management & Primary Health Care | Issn 2179-6750**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-6, 19 dez. 2018. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.572>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/572>. Acesso em: 23 out. 2022.

FERREIRA, Ismael de Vasconcelos *et al.* OPERACIONALIZAÇÃO E LOGÍSTICA DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NA GESTÃO PÚBLICA PARA ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, [S.L.], v. 20, p. 28-38, 11 maio 2021. Escola de Saude Publica Visconde Saboia. <http://dx.doi.org/10.36925/sanare.v20i0.1505>. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1505>. Acesso em: 17 ago. 2022.

FERRAZ, Adalto Rocha; CARREIRO, Mônica Almeida. Reflexão Teórica sobre a Regulação de Leitos de Terapia Intensiva em um Município do Rio de Janeiro. **Revista Pró-Universus**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 47-51, 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1227>. Acesso em: 06 nov. 2022.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Santa Catarina. Centros de Saúde, 2021. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude&menu=0>. Acesso em: 17 nov. 2022.

FOGAÇA, Carla Souza *et al.* Atuação do enfermeiro no gerenciamento dos leitos hospitalares na percepção dos profissionais de enfermagem. **Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios | Investigación Cualitativa en Salud**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 528-537, 10 jul. 2021. Ludomedia. <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537>. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/445>. Acesso em: 23 out. 2022.

GOUVEIA, Mariana Tomé *et al.* EMBRACEMENT ANALYSIS OF THE RISK CLASSIFICATION IN THE EMERGENCY UNITS. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, p. 17, 2019. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190058>. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1354>. Acesso em: 05 set. 2022.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Contrarreferência em Unidade de Pronto Atendimento: discurso do sujeito coletivo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 143-150, fev. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000700143&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 de mar. de 2022.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 52, p. 1-7, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/3kNRDN79CfsvBXwDFMBMGWd/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2022.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 26, p. 1-7, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0038>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FVkyzN5KNtqQ5W5CpX9MJfp/?lang=pt#>. Acesso em: 05 set. 2022.

KONDER, Mariana; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 1-24, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5ds5nkdT9BySrmsqqy3KQ6J/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2022.

LANA, Raquel Martins *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 3, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00019620>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/>. Acesso em: 04 out. 2022.

LEFÈVRE, F. **Discurso do sujeito coletivo**: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli, 2017. 80 p.

LISBÔA, Rosa Ladi *et al.* Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela COVID-19: relato de experiência profissional. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S.L.], v. 12, n. 79, p. 11151-11162, 12 ago. 2022. MPM Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i79p11151-11162>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/scd/a/11151-11162>. Acesso em: 23 out. 2022.

LINS, Julyan Gleyvison Machado Gouveia. A concentração de leitos nos municípios do Brasil pode estar associada a pressões de uso no sistema hospitalar do país. **Brazilian Applied Science Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 1724-1736, 2019. Brazilian Applied Science Review. <http://dx.doi.org/10.34115/basrv3n4-002>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BASR/article/view/2392/2413>. Acesso em: 07 nov. 2022.

MACEDO, Taise Rocha *et al.* Regulação em saúde em tempos de Covid-19: um relato de experiência / health regulation in covid-19 times. **Brazilian Journal Of Health Review**,

[S.L.], v. 3, n. 6, p. 19455-19465, 2020. *Brazilian Journal of Health Review*. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n6-324>. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/22146/17691>. Acesso em: 10 out. 2022.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 36, n. 8, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00149720>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/>. Acesso em: 08 out. 2022.

MEZARROBA, Ernanda *et al.* Integralidade do cuidado. *Jmpmc | Journal Of Management & Primary Health Care | Issn 2179-6750*, [S.L.], v. 13, p. 1-14, 20 dez. 2021. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/jmpmc.v13.1152>. Disponível em: <https://jmpmc.com.br/jmpmc/article/view/1152>. Acesso em: 14 ago. 2022

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte *et al.* A AMPLIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 131-145, 5 jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/q6sFrXTpdrYmhJ8VsXy8qLD/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

MORAES, Marina Guimarães Matola de *et al.* Descaracterização de atendimentos nas UPA: revisão integrativa. *Revista Neurociências*, [S.L.], v. 30, p. 1-18, 19 out. 2022. Universidade Federal de São Paulo. <http://dx.doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.13971>. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/13971>. Acesso em: 06 nov. 2022.

NESI, Pamella Bratti de Souza. Correlação estatística entre vacinação contra COVID-19, número de casos e ocupação de leitos no município de Teresópolis. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis*, Teresópolis, v. 6, n. 1, p. 38-43, 2022. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/faculdademedicinadeteresopolis/article/view/3041/1188>. Acesso em: 12 out. 2022.

FITTIPALDI NETO, José.; BRACCIALLI, Luzmarina Ap. Doretto; Maria Elizabeth .CORREA. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. *Investigação Qualitativa em Saúde*, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1769>. Acesso em: 04 out. 2022.

O'DWYER, Gisele *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 51, p. 125, 4 dez. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000072>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141558/136569>. Acesso em: 15 ago. 2022.

OLIVEIRA, Lélia Mendes Sobrinho de *et al.* Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 42, n. spe, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

14472021000200800&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de mar. de 2022.

PAI, Daiane dal *et al.* Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. , p. 1-8, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4PjzmNXDhbVKXWpPyxY8LFt/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022

PEITER, Caroline Cechinel; LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Regulation in health care: the role of nurses. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.L.], v. 17, n. 6, p. 820-827, 13 jun. 2017. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600013>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18833/29566>. Acesso em: 05 set. 2022.

PEREIRA, Milena. Fluxograma de referência e contrarreferência entre atenção primária à saúde e unidades de pronto atendimento. 2018. 130 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/194374>. Acesso em: 06 nov. 2022.

PONTES, Juliana Leão *et al.* Oferta assistencial de leitos de referência à covid-19 nas regiões de saúde de Pernambuco. **Revista de Administração em Saúde**, [S.L.], v. 21, n. 83, p. 1-17, 29 maio de 2021. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.83.292>. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/292>. Acesso em: 05 set. 2022.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; GRABOIS, Victor; TRAVASSOS, Claudia. Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, 2020. 15 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42324>> Acesso em: 05. mar. 2022.

RIBAS, Ester do Nascimento *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 546-553, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nQPG7QDTLGGfrnMWpwyPymk/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

RIBEIRO, Saby Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1799-1808, maio de 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/?lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2022.

SAMPAIO, Raiane Antunes *et al.* ATENDIMENTO E DEMANDA EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO CENTRO-NORTE DO ESTADO DE GOIÁS, BRASIL. **Revista Evs - Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, [S.L.], v. 48, n. 1, p. 1-6, 20 jan. 2022. Pontifícia Universidade Católica de Goiás -PUC Goiás. <http://dx.doi.org/10.18224/evs.v48i1.8200>. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/8200>. Acesso em: 23 out. 2022.

SANTOS, Rodrigo Cardoso dos, et al. Referência e contrarreferência no sistema único de saúde: desafios para a integralidade. **Revista de Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 19, n. 69, p. 51-65, 2 out. 2021. USCS Universidade Municipal de São Caetano do Sul. <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol19n69.7614>. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7614. Acesso em: 04 mar. 2022.

SANTOS, Thadeu Borges Souza *et al.* Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do sus. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, p. 247-261, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s217>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/247-261/pt/>. Acesso em: 07 nov. 2022.

SARDÁ, Bruna Cunha *et al.* COVID-19 na cidade de Londrina: impacto da vacinação sobre os indicadores de saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 1-18, 30 maio de 2022. Revista de Saúde Publica do Paraná. <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2022v5n2.624>. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/624>. Acesso em: 05 set. 2022.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, maio de 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166>. Acesso em: 08 out. 2022.

SILVA, Mônica de Fátima Freires da *et al.* Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, v. 1, p. 394-400, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551016/html/>. Acesso em: 04 mar. 2022.

SILVA, Lillian Oliveira Pereira da; NOGUEIRA, Joseli Maria da Rocha. A corrida pela vacina em tempos de pandemia: a necessidade da imunização contra a covid-19. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, [S.L.], v. 52, n. 2, p. 1-8, 2020. Revista Brasileira de Analises Clinicas. <http://dx.doi.org/10.21877/2448-3877.20200002>. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/a-corrída-pela-vacina-em-tempos-de-pandemia-a-necessidade-da-imunizacao-contra-a-covid-19/>. Acesso em: 12 out. 2022.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmXhpPLWJjJMWrq9fL4K/?lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya *et al.* Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no paraná. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. 107, p. 972-983, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070253>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jMs7mpjr7Yk4jbBvN9yfjsS/?lang=pt#:~:text=As%20Unidade>

s%20de%20Pronto%20Atendimento,de%20realizar%20os%20atendimentos%20m%C3%A9dicos. Acesso em: 15 ago. 2022.

World Health Organization (WHO). Health emergency dashboard.. Geneva: WHO; 2020;. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 23 set.. 2022.

ZOTTI, Elizabeth Rosana de Almeida. Análise da substituição de ambulâncias da frota da secretaria municipal de saúde de Cascavel/PR: estudo de caso na divisão de logística e serviços gerais. **Revista Competitividade e Sustentabilidade**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 411-426, 15 jul. 2020. Universidade Estadual do Oeste do Parana - UNIOESTE. <http://dx.doi.org/10.48075/comsus.v7i2.21080>. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/comsus/article/view/21080>. Acesso em: 17 ago. 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou um aprofundamento na compreensão de como os profissionais de saúde percebem o sistema de referência e contrarreferência na UPA e quais repercussões a pandemia da Covid-19 teve sobre esse processo. Os dados apresentados retratam como ocorre a referência e contrarreferência na unidade, estando fortemente relacionada à atuação médica em detrimento da enfermagem, sendo possível ver maior atuação da profissão em relação ao encaminhamento no período pós pandêmico voltada para a referência hospitalar dos pacientes com Covid-19. São poucos os estudos que têm a temática voltada para o papel do enfermeiro na referência e contrarreferência no âmbito da UPA.

Além disso, os dados apresentam as fragilidades e potencialidades da referência e contrarreferência antes da pandemia, ao longo do período pandêmico e no momento atual, relatando sobre o impacto da Covid-19 nesse processo, respeitando os objetivos estabelecidos para a pesquisa.

Em se tratando da contrarreferência, as dificuldades estavam voltadas para a superlotação das unidades básicas relacionadas à grande demanda e a composição incompleta das equipes de saúde da família, tendo como consequência a dificuldade de acesso e o aumento da demanda na UPA. Tal cenário já acontecia desde antes da pandemia, entretanto, segundo a perspectiva dos profissionais as dificuldades se agravaram com a Covid-19. Em relação às facilidades voltadas para a contrarreferência, foi destacado principalmente a criação da central de apoio aos pacientes com sintomas respiratórios durante a pandemia.

Em relação ao processo de referência, as dificuldades voltavam-se para a disputa de hospitais nos casos não tão graves que necessitavam de assistência em nível hospitalar, sendo uma referência que parte de uma decisão pessoal do médico envolvendo muita burocracia. Em contrapartida, no período de pandemia, a referência foi submetida a central de regulação de leitos, entretanto a falta de vagas foi a principal dificuldade durante o período pandêmico. Já em relação às facilidades foram destacadas a central de regulação de leitos para pacientes com Covid-19 e o transporte em saúde.

Apesar da discrepância entre as dificuldades e facilidades apontadas pelos profissionais em relação ao sistema de referência e contrarreferência, os profissionais demonstram compreender a importância desse processo para a integração da rede e a continuidade do cuidado, entretanto as barreiras logísticas, estruturais e a falta de recursos impedem a sua concretização efetiva, fragilizando o processo e consequentemente

fragmentando o cuidado. A pandemia pela Covid-19 teve grande impacto no processo de referência e contrarreferência, apesar dos desafios impostos pela crise sanitária, a reorganização do sistema trouxe novas ferramentas que contribuíram para esse processo. Tais resultados respondem à questão de pesquisa deste trabalho que esteve voltada para avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros em relação ao sistema de referência e contrarreferência na UPA e a influência da Covid-19 nesse processo.

Na perspectiva pessoal este trabalho contribuiu para o aprofundamento do meu conhecimento em relação a importância da rede de atenção e o uso do sistema de referência e contrarreferência como ferramenta para garantir a continuidade do cuidado e a integração dos serviços de saúde. Esta pesquisa também me proporcionou maior contato com o serviço da UPA, junto dos profissionais eu percebi a grande carga de trabalho da unidade e principalmente as demandas não emergências que lotam o serviço. Em relação às etapas para a realização da pesquisa o desafio foi grande, se tratando da minha primeira pesquisa qualitativa por meio de entrevista, minha maior dificuldade foi em relação a coleta de dados. Devido à sobrecarga de trabalho, os profissionais demonstraram-se pouco entusiasmo em participar da pesquisa. Por fim, este estudo foi importante para meu desenvolvimento profissional e de grande aprendizado em relação a produção do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Laurielle de Souza; FRANCISCHETTI, Ieda. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 54-63, 2019. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281/5636>. Acesso em: 21 out. 2022.

ÁVILA, Grazielly Soares *et al.* PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA GESTÃO DO CUIDADO EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. *Cogitare Enfermagem*, [S.L.], v. 27, p. 1-10, 16 maio 2022. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/HDNgYCbWhCSvWNdsHkrRJhQ/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

BARBOSA, Thamyres Correa; RAKSA, Vivian Patricia; RIBEIRO, Annanda Letícia Unicki. Necessidade de leitos hospitalares para o SUS no estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 27-34, 24 jul. 2018. *Revista de Saude Publica do Parana*. <http://dx.doi.org/10.32811/2595-4482.2018v1n1.37>. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/37>. Acesso em: 07 nov. 2022.

BATTISTI, Gabriela Reginatto *et al.* Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, p. 1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180431>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9pJCzdb5cBGwymtLxHSf8QK/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2022.

BELARMINO, Adriano da Costa *et al.* O enfermeiro na classificação de risco durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 8, p. 1-14, 12 jul. 2021. *Research, Society and Development*. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17387>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17387>. Acesso em: 12 out. 2022.

BORDIGNON, Juliana Silveira *et al.* Vivências e autonomia de enfermeiras de uma Unidade de Pronto Atendimento em tempo de pandemia. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 205-210, 3 ago. 2020. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n1.esp.3724>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3724>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BORGES, João Paulo Assunção; LIMA, Rosana Ferreira; SANTOS, Sara Cristina Ribeiro dos. AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 1-14, 25 out. 2021. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v10i2.4238>. Disponível em:

<https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/4238>. Acesso em: 13 ago. 2022.

BOITRAGO, Ghabriela Moura *et al.* Reestruturação dos serviços de emergência à COVID-19 no Brasil: uma análise espaço-temporal, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 1-9, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000400004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/nr9J78R9Ctxg93dTRN7j94D/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/legislacao/constituicao-de-1988/#:~:text=Art.,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%2C%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 17 de out. 2022

BRASIL. 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, pág. 18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 de out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 05 de dezembro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 23 de out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em 04 de out. 2022.

BRASIL. Planalto. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 02 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em 02 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos: dois anos—mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>. Acesso em 06 de nov.. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.631 de 01 de outubro de 2015. Estabelece os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e

serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/regulacao-portarias>. Acesso em 07 de nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº10 de 03 de janeiro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 05. mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus COVID-19, 1ª ed. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 05 de mar. de 2022.

BRONDANI, Juliana Ebling *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, [s. l.], v. 1, n. 21, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>. Acesso em: 04 out. 2022.

CHÁVEZ, Giannina Marcela *et al.* Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1-9, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0331>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rLPKRPYbWkRJfWPPBTWftGj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

CAMARGO, Diângeli Soares; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Ampliando o acesso: o acolhimento por equipe como estratégia de gestão da demanda na atenção primária à saúde (aps). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-17, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190600>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190600/pt/>. Acesso em: 13 ago. 2022.

CANEPPELE, Aline Heleni *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. , p. 1-7, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0312>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qwb3vpq9FkWRkskRQSkZRGf/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2022.

CAVALCANTE, João Roberto *et al.* COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 4, p. 1-8, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zNVktw4hcW4kpQPM5RrsqXz/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

CESAR, Mariana Pellegrini *et al.* Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 13, p. 330-335, 9 mar. 2021. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8604>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8604>. Acesso em: 06 nov. 2022.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos *et al.* Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 16, n. 43, p. 1-14, 14 jul. 2021. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665). Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003053034>. Acesso em: 08 out. 2022.

COELHO, Ivan Batista. ATENÇÃO HOSPITALAR À PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL EM 2020. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Toledo (org.). **Acesso e cuidados especializados**. Brasília: Conass, 2021. p. 1-342. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2021/06/22/13_15_43_233_covid_19_volume5_1_pdf#page=83. Acesso em: 12 out. 2022.

COSTA, Waldemir de Albuquerque; CARVALHO, Natalia de Campos; COELHO, Pedro Alexandre Barreto. Colapso da Atenção Básica em contexto de COVID-19 sob o olhar de uma UBS. **Comunicação em Ciências da Saúde**, S.I, v. 31, p. 209-216, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/735>. Acesso em: 08 out. 2022.

COSTA, Danielle Conte Alves Riani *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 232-247, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e415>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/232-247/pt/>. Acesso em: 12 out. 2022.

COUTO, Vanessa Brito Miguel., et al. Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. **Rev Bras Educ Med**, Brasília-DF, v. 42, n. 2, p. 5-14, 2018. Disponível em: <SciELO - Brasil - Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS> Acesso em: 04 mar. 2022.

CRODA, Júlio Henrique Rosa; GARCIA, Leila Posenato. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 1, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100100&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 08 de abr. de 2021.

DAMACENO, Adalvane Nobres *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 10, p. 1-14, 29 jan. 2020. Universidade Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769236832>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832>. Acesso em: 05 mar. 2022.

DAUMAS, Regina Paiva *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 1-10, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104120>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>. Acesso em: 08 out. 2022.

DE JESUS SOARES, S. PESQUISA CIENTÍFICA: UMA ABORDAGEM SOBRE O MÉTODO QUALITATIVO. **Revista Ciranda**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 1–13, 2020. Disponível

em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/314>. Acesso em: 17 fev. 2022.

DUTRA, João Gabriel Vitorino; LENZI, Eduarda Letícia; LISIESKI, Nadia. Regulação de leitos: número de pacientes no aguardo de leitos uti covid-19 no estado de santa catarina. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S.L.], v. 12, n. 38, p. 323-338, 19 jun. 2022. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.323-338>. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/617>. Acesso em: 05 set. 2022

ENGSTROM, Elyne et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Rio de Janeiro, 2020. 13 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41404>> Acesso em: 21 de out.2022

FABRIZIO, Greici Capellari *et al.* Redes de atenção à saúde e as demandas dos usuários pela Unidade de Pronto Atendimento: conflitos e possibilidades. **Jmphc | Journal Of Management & Primary Health Care | Issn 2179-6750**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-6, 19 dez. 2018. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.572>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/572>. Acesso em: 23 out. 2022.

FERREIRA, Ismael de Vasconcelos *et al.* OPERACIONALIZAÇÃO E LOGÍSTICA DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NA GESTÃO PÚBLICA PARA ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, [S.L.], v. 20, p. 28-38, 11 maio 2021. Escola de Saude Publica Visconde Saboia. <http://dx.doi.org/10.36925/sanare.v20i0.1505>. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1505>. Acesso em: 17 ago. 2022.

FERRAZ, Adalto Rocha; CARREIRO, Mônica Almeida. Reflexão Teórica sobre a Regulação de Leitos de Terapia Intensiva em um Município do Rio de Janeiro. **Revista Pró-Universus**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 47-51, 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1227>. Acesso em: 06 nov. 2022.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Santa Catarina. Centros de Saúde, 2021. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude&menu=0>. Acesso em: 17 nov. 2022.

FOGAÇA, Carla Souza *et al.* Atuação do enfermeiro no gerenciamento dos leitos hospitalares na percepção dos profissionais de enfermagem. **Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios | Investigación Cualitativa en Salud**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 528-537, 10 jul. 2021. Ludomedia. <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537>. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/445>. Acesso em: 23 out. 2022.

GALVÃO, Jôse Ribas *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 12, p. 1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-31100004119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xWSLQqQhbFxfVHQ6MB4JtR/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2022.

GOMEDI, Gustavo *et al.* Percepção dos usuários do SUS a respeito da referência e contrarreferência dentro da Rede de Atenção à Saúde. Experiência. **Revista Científica de Extensão**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 22–39, 2021. DOI: 10.5902/2447115168233. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/experiencia/article/view/68233>. Acesso em: 4 de mar. 2022.

GOMIDE, Mariana.Figueiredo Souza.,et al.A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 65, p. 387-98. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0633. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XyT8fzQD4hHzxCRBSKTVCWP/abstract/?lang=pt> Acesso em:21 de out.2022

GOMES, Alex Sandro; GOMES, Claudia Roberta Araújo. Classificação dos Tipos de Pesquisa em Informática na Educação. In: JAQUES, Patrícia Augustin; PIMENTEL, Mariano; SIQUEIRA, Sean; BITTENCOURT, Ig. (Org.) **Metodologia de Pesquisa Científica em Informática na Educação: Conceção de Pesquisa**. Porto Alegre: SBC, 2020. (Série Metodologia de Pesquisa em Informática na Educação, v. 1) Disponível em: <https://metodologia.ceie-br.org/livro-1/>

GONZAGA, Carla Bornhausen e FERREIRA, Gisele Nepomuceno. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & amp; Públicas - RIDAP**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 12–26, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>. Acesso em: 4 de mar. 2022.

GOUVEIA, Mariana Tomé *et al.* EMBRACEMENT ANALYSIS OF THE RISK CLASSIFICATION IN THE EMERGENCY UNITS. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, p. 17, 2019. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190058>. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1354>. Acesso em: 05 set. 2022.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Contrarreferência em Unidade de Pronto Atendimento: discurso do sujeito coletivo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 143-150, fev. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000700143&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 de mar. de 2022.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 52, p. 1-7, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/3kNRDN79CfsvBXwDFMBMGWd/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2022.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 26, p. 1-7, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0038>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FVkyzN5KNtqQ5W5CpX9MJfp/?lang=pt#>. Acesso em: 05 set. 2022.

JACCOUD, Luciana de Barros; VIEIRA, Fabiola Sulpino (2018): Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: Desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação, Texto para Discussão, No. 2399, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília. Disponível em: <https://www.econstor.eu/handle/10419/211350>. Acesso em: 17 out. 2022.

KONDER, Mariana; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. .1-.24, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5ds5nkd9BySrmsqqy3KQ6J/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2022.

LANA, Raquel Martins *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 3, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00019620>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/>. Acesso em: 04 out. 2022.

LEFÈVRE, F. **Discurso do sujeito coletivo**: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli, 2017. 80 p.

LISBÔA, Rosa Ladi *et al.* Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela COVID-19: relato de experiência profissional. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S.L.], v. 12, n. 79, p. 11151-11162, 12 ago. 2022. MPM Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i79p11151-11162>. Disponível em: [10.36489/saudecoletiva.2022v12i79p11151-11162](http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i79p11151-11162). Acesso em: 23 out. 2022.

LINS, Julyan Gleyvison Machado Gouveia. A concentração de leitos nos municípios do Brasil pode estar associada a pressões de uso no sistema hospitalar do país. **Brazilian Applied Science Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 1724-1736, 2019. Brazilian Applied Science Review. <http://dx.doi.org/10.34115/basrv3n4-002>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BASR/article/view/2392/2413>. Acesso em: 07 nov. 2022.

MACEDO, Taise Rocha *et al.* Regulação em saúde em tempos de Covid-19: um relato de experiência / health regulation in covid-19 times. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 6, p. 19455-19465, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n6-324>. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/22146/17691>. Acesso em: 10 out. 2022.

MEDEIROS, Eduardo Alexandrino Servolo. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, p. 1-5, 2020. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020edt0003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Nc8yzcvtrvXbWBgBGskm36S/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 8, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00149720>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/>. Acesso em: 08 out. 2022.

MEZARROBA, Ernanda *et al.* Integralidade do cuidado. **Jmp hc | Journal Of Management & Primary Health Care | Issn 2179-6750**, [S.L.], v. 13, p. 1-14, 20 dez. 2021. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/jmp hc.v13.1152>. Disponível em: <https://jmp hc.com.br/jmp hc/article/view/1152>. Acesso em: 14 ago. 2022

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte *et al.* A AMPLIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 131-145, 5 jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/q6sFrXTpdrYmhJ8VsXy8qLD/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

MORAES, Marina Guimarães Matola de *et al.* Descaracterização de atendimentos nas UPA: revisão integrativa. **Revista Neurociências**, [S.L.], v. 30, p. 1-18, 19 out. 2022. Universidade Federal de São Paulo. <http://dx.doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.13971>. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/13971>. Acesso em: 06 nov. 2022.

NESI, Pamella Bratti de Souza. Correlação estatística entre vacinação contra COVID-19, número de casos e ocupação de leitos no município de Teresópolis. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, Teresópolis, v. 6, n. 1, p. 38-43, 2022. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/faculdadedemedicinadeteresopolis/article/view/3041/1188>. Acesso em: 12 out. 2022.

FITTIPALDI NETO, José Fitt.; BRACCIALLI, Luzmarina Ap. Doretto; Maria Elizabeth. CORREA. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1769>. Acesso em: 04 out. 2022.

O'DWYER, Gisele *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, p. 125, 4 dez. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000072>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141558/136569>. Acesso em: 15 ago. 2022.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-23, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/>. Acesso em: 04 mar. 2022.

OLIVEIRA, Lélia. Mendes Sobrinho. de et al. Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA. **Rev. Gaúcha Enferm.**,

Porto Alegre, v. 42, n. spe, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200800&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de mar. de 2022.

OLIVEIRA, Catia Cristina Martins de; SANTOS, José Luis Guedes dos; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Evaluation of mobile emergency service with the use of mixed method. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 5, p. 1-14, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xen096221>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xMM7sjW5SvN4tvn7Mw5hGNc/?lang=en>. Acesso em: 16 out. 2022.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luis: Edufma, 2016. 54 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>. Acesso em: 21 out. 2022.

ORTEGA, Miguel Ángel Fernández *et al.* Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: mecanismos de coordinación asistencial y el rol de la medicina familiar y comunitaria. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 37-45, 29 out. 2016. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1384/806>. Acesso em: 21 out. 2022.

PAI, Daiane dal *et al.* Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. , p. 1-8, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4PjzmNXDhbVKXWpPyxY8LFt/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Bis. Boletim do Instituto de Saúde**, [s. l], v. 12, n. 2, p. 1-8, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/5975>. Acesso em: 17 out. 2022.

PEITER, Caroline Cechinel; LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Regulation in health care: the role of nurses. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.L.], v. 17, n. 6, p. 820-827, 13 jun. 2017. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600013>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18833/29566>. Acesso em: 05 set. 2022.

PEREIRA, Juarez de Souza; MACHADO, Wiliam César Alves. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião centro-sul fluminense, rio de janeiro, brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 1033-1051, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MnHS6db9kwNRpHBWmF8b9JC/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

PEREIRA, Milena. Fluxograma de referência e contrarreferência entre atenção primária à saúde e unidades de pronto atendimento. 2018. 130 f. Monografia (Especialização) - Curso

de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/194374>. Acesso em: 06 nov. 2022.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; GRABOIS, Victor; TRAVASSOS, Claudia. Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, 2020. 15 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42324> Acesso em: 05. mar. 2022.

PONTES, Juliana Leão *et al.* Oferta assistencial de leitos de referência à covid-19 nas regiões de saúde de Pernambuco. **Revista de Administração em Saúde**, [S.L.], v. 21, n. 83, p. 1-17, 29 maio de 2021. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.83.292>. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/292>. Acesso em: 05 set. 2022.

RAMOS, Raquel de Souza; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Os princípios organizativos do Sistema de Saúde Brasileiro: um estudo do arcabouço teórico-jurídico a partir da teoria de representações sociais. **Online Braz. J. Nurs. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1303>. Acesso em: 18 out. 2022.

RIBAS, Ester do Nascimento *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 546-553, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nQPG7QDTLGGGrfnMWpwyPymk/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

RIBEIRO, Saby Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1799-1808, maio de 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/?lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2022.

SALES, Orcélia Pereira, et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades e Inovação**, Tocantins, v. 6, n. 17, p. 55-65, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045>. Acesso em: 18 out. 2022.

SAMPAIO, Raiane Antunes *et al.* ATENDIMENTO E DEMANDA EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO CENTRO-NORTE DO ESTADO DE GOIÁS, BRASIL. **Revista Evs - Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, [S.L.], v. 48, n. 1, p. 1-6, 20 jan. 2022. Pontifícia Universidade Católica de Goiás -PUC Goiás. <http://dx.doi.org/10.18224/evs.v48i1.8200>. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/8200>. Acesso em: 23 out. 2022.

SANTOS, Rodrigo Cardoso dos, et al. Referência e contrarreferência no sistema único de saúde: desafios para a integralidade. **Revista de Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 19, n. 69, p. 51-65, 2 out. 2021. USCS Universidade Municipal de São Caetano do Sul. <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol19n69.7614>. Disponível em:

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7614. Acesso em: 04 mar. 2022.

SANTOS, Thadeu Borges Souza *et al.* Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do sus. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, p. 247-261, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s217>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/247-261/pt/>. Acesso em: 07 nov. 2022.

SARDÁ, Bruna Cunha *et al.* COVID-19 na cidade de Londrina: impacto da vacinação sobre os indicadores de saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 1-18, 30 maio de 2022. Revista de Saúde Pública do Paraná. <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2022v5n2.624>. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/624>. Acesso em: 05 set. 2022.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, maio de 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166>. Acesso em: 08 out. 2022.

SILVA, Mônica de Fátima Freires da *et al.* Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, v. 1, p. 394-400, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551016/html/>. Acesso em: 04 mar. 2022.

SILVA, Lillian Oliveira Pereira da; NOGUEIRA, Joseli Maria da Rocha. A corrida pela vacina em tempos de pandemia: a necessidade da imunização contra a covid-19. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, [S.L.], v. 52, n. 2, p. 1-8, 2020. Revista Brasileira de Análises Clínicas. <http://dx.doi.org/10.21877/2448-3877.20200002>. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/a-corrída-pela-vacina-em-tempos-de-pandemia-a-necessidade-da-imunizacao-contr-a-covid-19/>. Acesso em: 12 out. 2022.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2783-2792, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2022.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* General aspects of the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 29-45, fev. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100s100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mtYzFSPbdMbxSk8qVhzjfsr/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya *et al.* Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no paraná. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. 107, p. 972-983, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070253>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jMs7mpjr7Yk4jbBvN9yfjsS/?lang=pt#:~:text=As%20Unidades%20de%20Pronto%20Atendimento,de%20realizar%20os%20atendimentos%20m%C3%A9dicos>. Acesso em: 15 ago. 2022.

World Health Organization (WHO). Health emergency dashboard.. Geneva: WHO; 2020;. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 23 set.. 2022.

ZOTTI, Elizabeth Rosana de Almeida. Análise da substitui o de ambulâncias da frota da secretaria municipal de saúde de Cascavel/PR: estudo de caso na divisão de logística e serviços gerais. **Revista Competitividade e Sustentabilidade**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 411-426, 15 jul. 2020. Universidade Estadual do Oeste do Parana - UNIOESTE. <http://dx.doi.org/10.48075/comsus.v7i2.21080>. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/comsus/article/view/21080>. Acesso em: 17 ago. 2022.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista sobre o impacto da Covid-19 no sistema de referência e contrarreferência.

I. Identificação:

Idade: _____ anos

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável

Qual gênero você se identifica?

Função: () Enfermeiro () Médico

Tempo de atuação nessa UPA: _____

Ano de formação profissional: _____

Possui alguma formação complementar em nível de pós-graduação? Se sim, qual/já finalizou/está cursando?

I. Contextualização do tema:

O sistema de referência e contrarreferência é um dos elementos da organização dos serviços de urgência e emergência. Entendido como mecanismo de encaminhamento de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Envolve a forma como se dá esse encaminhamento e os mecanismos de transferência dos usuários entre os serviços.

II. Perguntas norteadoras sobre o impacto da Covid-19 no sistema de referência e contrarreferência:

1. Fale sobre a contrarreferência na UPA antes da pandemia pela Covid-19 (como ocorre, facilidades e dificuldades, qual(quais) o(s) profissional (ais) responsável(eis),)
2. Fale sobre a contrarreferência na UPA durante a pandemia pela Covid-19 (como ocorre, facilidades e dificuldades, qual(quais) o(s) profissional (ais) responsável(eis),)
3. Fale sobre sobre a referência na UPA antes da pandemia pela Covid-19 (como ocorre, facilidades e dificuldades, qual(quais) o(s) profissional (ais) responsável(eis),)
4. Fale sobre a referência na UPA durante a pandemia pela Covid-19 (como ocorre, facilidades e dificuldades, qual(quais) o(s) profissional (ais) responsável(eis),)
5. Quais as suas sugestões para melhorar o sistema de referência e contrarreferência?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Eu, Prof.^a. Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento, pesquisadora responsável, e as alunas Brenda Meinschein Freitas e Sofia Weingartner Matos, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bolsistas do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica (PIICT) da UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento: como está sendo avaliado?”, que tem como objetivo geral **Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco segundo usuários, profissionais médicos e enfermeiros, fundamentada na Política Nacional de Atenção às Urgências e na avaliação em saúde.** O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Acreditamos que este estudo poderá sinalizar o comprometimento do serviço com essa estratégia de atendimento (acolhimento com classificação de risco) à população atendida pelo SUS e colaborar para o planejamento das ações de melhorias. Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias e por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de sua identidade. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista sobre o processo de referência e contra referência na UPA, em relação às facilidades e entraves do processo e o impacto da Covid-19 nesse processo. A pesquisa será realizada no ambiente da UPA e os dados obtidos serão usados exclusivamente para esta pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem. A pesquisa abordará também a perspectiva dos usuários frente ao atendimento que os profissionais de saúde dispensam a eles, sendo assim, será realizado um questionário com os usuários do sistema com questões relacionadas ao acolhimento realizado pelos profissionais. Qualquer dúvida que você tiver antes ou durante a pesquisa, estaremos à disposição para respondê-las. Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Você, receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com os pesquisadores. Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao acolhimento com classificação de risco, relacionado a referência e contra referência. Neste sentido, nos colocamos à disposição para trabalhar esses sentimentos, na medida do possível, buscando, em caso de prejuízo psicológico decorrente da investigação, ajuda especializada. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder às perguntas do instrumento de coleta de dados. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem

prejuízos físicos. Você tem a liberdade de recusar a participação no estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome, a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização. As pesquisadoras cumprirão os termos da Resolução 466/12.

A pesquisadora Eliane Regina Pereira do Nascimento e alunas Brenda Meinschein Freitas e Sofia Weingartner Matos estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo, pelo telefone (48) 991051202 pelos e-mails eliane.nascimento@ufsc.br, brenda24freitas@gmail.com; e sofiawmatos@gmail.com ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 2º andar, sala 203, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro 2 Trindade, em Florianópolis (SC). Os dados coletados poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Eliane Regina Pereira do Nascimento

Pesquisadora Responsável

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-Graduação da UFSC

Data: __/__/____

Assinatura: _____

Brenda Meinschein Freitas

Data: __/__/____

Assinatura: _____

Sofia Weingartner Matos

Data: __/__/____

Assinatura: _____

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do Participante:

Data: __/__/____

Assinatura: _____

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOHLIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: como está sendo avaliado?

Pesquisador: ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43351021.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.647.494

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Resumo: O Acolhimento com Classificação de Risco proposto pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização, representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e implementar a produção de saúde em rede. O estudo tem como objetivo avaliar a organização do Acolhimento com Classificação de Risco na Rede de Atenção às Urgências nas perspectivas de profissionais médicos e enfermeiros e usuários, fundamentada na Política Nacional de Atenção às Urgências e na avaliação em saúde. A pesquisa será do tipo avaliativa e utilizará como estratégia metodológica os métodos quantitativo e qualitativo, será realizado na Unidade de Pronto Atendimento Norte do município de Florianópolis. Participarão do estudo usuários e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). A etapa quantitativa permitirá avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários da Unidade de Pronto Atendimento; analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Projeto: 4.647.494

responsividade. A etapa qualitativa será do tipo exploratória descritiva prospectiva e possibilitará compreender o sistema de referência e contrarreferência da Unidade de Pronto Atendimento a ser avaliada. Os dados quantitativos serão coletados por meio de um instrumento para avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco e os dados qualitativos serão coletados por meio de entrevista com os profissionais sobre o sistema de referência e contra referências da UPA. Para a organização e a análise estatística dos dados quantitativos será utilizado o Software Epi Info. Os dados qualitativos serão analisados a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo seguirá as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Hipótese: A avaliação do acolhimento com classificação de risco por usuários e profissionais poderá subsidiar aos gestores, estratégias de melhoria no atendimento aos usuários que procuram o serviço, assim como na continuidade do atendimento referência e contrarreferência.

Metodologia: É uma pesquisa avaliativa que utilizará de métodos quantitativo e qualitativo como estratégia metodológica. Na etapa quantitativa da investigação será realizado um estudo correlacional que compreenderá a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários da UPA por meio de um questionário. A etapa qualitativa será um estudo descritivo direcionado às facilidades e entraves do sistema de referência e contrarreferência na UPA, reveladas pelos enfermeiros e médicos por meio de uma entrevista.

Critérios de inclusão: Na etapa de coleta de dados quantitativos, os usuários terão que: ser maior de 18 anos, ser admitidos na UPA e receberem atendimento pela equipe da recepção, pelo enfermeiro, na classificação de risco; pelo médico, na consulta; e também pela equipe técnica de enfermagem, na administração de medicamentos. Na etapa qualitativa, os profissionais devem: ser médico ou enfermeiro e ter no mínimo três meses de atuação na instituição.

Critérios de exclusão: Na etapa quantitativa, os usuários serão excluídos quando não receberem qualquer uma das formas de atendimento como classificação de risco, consulta médica, ou administração de medicamentos, mesmo sendo admitidos na UPA e quando apresentarem condições mentais prejudicadas que impossibilitem a coleta dos dados do instrumento. Na etapa qualitativa, serão excluídos os profissionais que estiverem de férias, licença ou afastamento no período da coleta de dados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.647.484

do orientador, intitulado "Acolhimento com classificação de risco na rede de atenção às urgências: estudo avaliativo" com vigência até 02.2022, e que há anos vem pesquisando sobre esse tema, juntamente com outros pesquisadores do Laboratório de Pesquisa GEASS".

Comentário do CEP: É peculiar, portanto, que um projeto como esse esteja sendo destinado a estudantes de graduação que, apesar da orientação profissional qualificada, não dominam as práticas de sua futura profissão, quanto mais as necessárias para a avaliação administrativa, logística e estatística dos dados que pretendem coletar.

Resposta da pesquisadora: "Sobre essa questão, entendemos a preocupação do parecerista, porém consideramos que, apesar de as alunas estarem cursando a graduação, são bolsistas de iniciação científica, e, com orientação e acompanhamento de todas as atividades do projeto, terão oportunidade de se inserir em todas as etapas deste. Consideramos isto essencial para quem está iniciando no mundo da pesquisa, haja vista que essa participação também irá lhes embasar para a construção futura do TCC, que envolverá a construção e desenvolvimento de um projeto de pesquisa. Quanto ao tratamento dos dados estatísticos, esses serão realizados por um profissional estatístico que assessora as pesquisas quantitativas do Laboratório GEASS. Cabe ainda registrar que as bolsistas já estão recebendo treinamento sobre como abordar os participantes, preenchimento do formulário, e sobre a realização da entrevista".

Comentário do CEP: Algumas questões do instrumento de pesquisa buscam informações sobre conceitos pouco objetivos

Resposta da pesquisadora: "A esse respeito, agradecemos as reflexões e contribuições trazidas pelo parecerista, entretanto cabe registrar que o instrumento citado foi submetido à validação de conteúdo quanto à exequibilidade, objetividade, clareza, pertinência, precisão e simplicidade, por sete juízes experts na temática, e submetido à avaliação semântica, realizada por dez usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento. O instrumento já foi utilizado em uma pesquisa envolvendo 459 usuários de uma UPA em Santa Catarina, e os resultados foram publicados na *Texto & Contexto Enfermagem* 2019, v. 28: e20170480".

Comentário do CEP: A questão 2 do formulário para o usuário, em particular, causa preocupações éticas: "Quem são os profissionais que não trataram você com respeito?". O que se espera como

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.647.694

resposta? "Recepcionista"? "Enfermeira"? "Médica"? O nome do profissional?

Resposta da pesquisadora: "A resposta a essa pergunta deverá constar o nome da categoria do profissional e não o nome do profissional. Tem por finalidade identificar qual(is) categoria(s) profissional(is) necessitam melhorar suas relações com o usuário para uma melhor qualidade no acolhimento".

Comentário do CEP: Por fim, há a pandemia de SARS-CoV-2, que introduz a questão da fragilidade dos processos e serviços super lotados, e todas as consequências que isso tem na percepção de usuários e profissionais (e que talvez devessem ser meticulosamente levadas em conta nos instrumentos de pesquisa).

Resposta da pesquisadora: "Considerando a situação de pandemia pela qual estamos passando, com repercussão em todo o sistema de saúde, incluindo a UPA, com a sua dinâmica de atendimento totalmente modificada, a coleta de dados tanto com os usuários quanto com os profissionais somente será realizada quando tudo estiver normalizado, ou seja, não será durante a vigência da bolsa PIBIC. Quanto a entrevista com os profissionais, antes realidade atual da pandemia, pensamos em realiza-la online sobre referência e contrarreferência, porém consideramos que isso também seria inoportuno no momento, com implicações para a pouca adesão e resultados talvez com pouca ou nenhuma validade para o serviço e/ou sociedade".

Comentário do CEP: Assim, sugerimos aos pesquisadores que reflitam se, no contexto proposto (pesquisa acadêmica de iniciação científica para estudantes de graduação), na forma proposta (as questões nos instrumentos) e no momento proposto (pandemia) é apropriado que a pesquisa seja de fato feita como proposta.

Resposta da pesquisadora: "Considerando o exposto, decidimos realizar uma pesquisa de revisão integrativa sobre o tema proposto, o que inclusive poderá subsidiar futuramente a análise e discussão dos dados da pesquisa, que neste momento estamos adiando.

Caso afirmativo, alguns detalhes nos TCLEs devem ser modificados

Como optamos em não continuar a pesquisa, porém em outro momento, fizemos os ajustes nos TCLEs conforme orientação do parecerista. Assim como programamos um novo cronograma, com início da coleta em Novembro de 2021".

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.647.494

Comentário do CEP: 1) Nos dois TCLEs deve ser incluída a afirmação de que os pesquisadores cumprirão os termos da res. 466/12.

Resposta da pesquisadora: "Nos dois TCLEs (usuários e trabalhadores), foi incluída a afirmação de que os pesquisadores cumprirão os termos da resolução 466/12"

Comentário do CEP: O TCLE para os profissionais deve informá-los de que a pesquisa abordará também usuários do sistema e que estes responderão um questionário com perguntas que têm o objetivo de avaliar alguns aspectos do atendimento que esses profissionais dispensam a eles.

Resposta da pesquisadora: "Foi incluído no TCLE dos profissionais que os usuários do sistema também participarão da pesquisa, respondendo um questionário com perguntas que têm o objetivo de avaliar alguns aspectos do atendimento que eles, profissionais, dispensam aos usuários".

Resposta da pesquisadora: "Dado os apontamentos acima expostos, solicitamos a atenção deste Comitê quanto a avaliação da resolução das pendências anteriores elencadas pelo Parecerista, e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos."

Em virtude dos esclarecimentos da pesquisadora e alteração do calendário, encaminhamos o projeto para aprovação, com início da coleta de dados a partir de novembro de 2021 e com os TCLEs aprovados nesta versão.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos aos pesquisadores a necessidade de enviar, por meio de notificação, relatórios parciais e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1686008.pdf	25/03/2021 17:48:02		Aceito
Outros	Carta_Resposta_as_pendencias_.pdf	25/03/2021 17:44:14	Brenda Meirschlein Freitas	Aceito
Outros	Carta_Resposta_as_pendencias_.doc	25/03/2021	Brenda Meirschlein	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propeq@contabo.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.647.494

Outros	Carta_Resposta_as_pendencias_.doc	17:43:33	Freitas	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTAPROFISSIONAIS.pdf	25/03/2021 14:04:57	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTAPROFISSIONAIS.docx	25/03/2021 14:04:22	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Outros	INSTRUMENTODEAVALIACAOUSUARIO.pdf	25/03/2021 14:04:04	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Outros	INSTRUMENTODEAVALIACAOUSUARIO.docx	25/03/2021 14:03:40	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROFISSIONAIS.pdf	25/03/2021 14:01:27	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROFISSIONAIS.docx	25/03/2021 14:01:13	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUSUARIO.docx	25/03/2021 14:00:55	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUSUARIO.pdf	25/03/2021 14:00:44	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/03/2021 14:00:27	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/03/2021 14:00:18	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	PROJETO.docx	25/03/2021 14:00:08	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	PROJETO.pdf	25/03/2021 13:59:49	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	10/02/2021 19:24:31	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf	05/02/2021 17:34:41	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/02/2021 17:21:46	Brenda Meinschein Freitas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	05/02/2021 17:21:33	Brenda Meinschein Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 222, sala 401
 Balne: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: csp.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Processo: 4.647.494

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 13 de Abril de 2021

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cnp.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE

CONCLUSÃO DE CURSO

O presente trabalho consiste em um importante estudo científico, produzido com qualidade, como última atividade do Curso de Graduação em Enfermagem.

Trata-se de um estudo que apresenta rigor metodológico, e resultados importantes, para subsidiar, aos gestores das UPA Norte de Florianópolis, a elaboração de estratégias, para a melhoria do sistema de referência e contrarreferência. O material apresenta consistência interna. Os objetivos estão bem delineados e apresenta rigor metodológico. Os resultados estão apresentados de maneira clara e atendem aos objetivos do estudo. Discussão adequada. As referências são pertinentes, oferecem suporte teórico e a maioria está atualizada.

O trabalho denota empenho, dedicação, compromisso da aluna na sua realização, bem como com o conhecimento científico produzido pela enfermagem.

Florianópolis, 16 de dezembro de 2022

Profª Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Orientadora