



# Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento

*Eases and hindrances of reference in an emergency care unit*

*Facilidades y barreras de referencia en una unidad de atención de emergencia*

Patrícia Madalena Vieira Hermida<sup>1</sup>

Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>1</sup>

Luciana Bihain Hagemann de Malfussi<sup>2</sup>

Daniele Delacanal Lazzari<sup>1</sup>

Sabrina Guterres da Silva Galetto<sup>2</sup>

Giovanna Mercado Torres<sup>3</sup>

1. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil.

2. Universidade Federal de Santa Catarina,  
Hospital Universitário Polydoro Ernani de São  
Tiago. Florianópolis, SC, Brasil.

3. Hospital de Emergências Villa El Salvador.  
Lima, Peru.

## RESUMO

**Objetivo:** descrever, na perspectiva de enfermeiros e médicos, as facilidades e os entraves da referência em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento de um município de Santa Catarina, Brasil. Participaram sete enfermeiros e 23 médicos. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada e analisados mediante a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** as facilidades envolveram: ter serviços de referência especializados; gravidade do paciente; atendimento em “vaga zero”; boa relação entre os profissionais dos serviços de urgência e a empatia. Dentre os entraves, estavam: contato difícil por telefone com os hospitais e a superlotação destes; dificuldade para conseguir transporte, sobretudo, para paciente com situação clínica estável e a falta de ambulância do município. **Conclusão e implicações para a prática:** as facilidades da referência potencializam o atendimento às urgências, porém, os entraves, referentes à vaga hospitalar e ao transporte, podem comprometer a integralidade e a continuidade do cuidado, necessitando de melhorias na atenção à saúde em rede.

**Palavras-chave:** Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Continuidade da Assistência ao Paciente; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe, from the perspective of nurses and physicians, the eases and hindrances of referrals in an Emergency Care Unit. **Method:** a descriptive, qualitative study, carried out in an Emergency Care Unit in a city of Santa Catarina, Brazil. Seven nurses and 23 physicians participated. Data was collected through individual semi-structured interviews and analyzed using the Discourse of the Collective Subject technique. **Results:** the eases involved: having specialized reference services; patient severity; care in “zero vacancy”; good relationship among professionals of the emergency services and empathy. Among the hindrances were: difficult contact by telephone with hospitals and their overcrowding; difficulty in getting transport, especially for patients with stable clinical situation and the lack of ambulance from the municipality. **Conclusion and implications for the practice:** the referral facilities potentiate the attendance to urgencies, however, the hindrances, referring to hospital vacancy and transport, can compromise the integrality and continuity of care, requiring improvements in network health care.

**Keywords:** Health Services Research; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Emergency Medical Services; Continuity of Patient Care; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** describir, desde la perspectiva de enfermeros y médicos, las facilidades y barreras de referencia en una Unidad de Urgencias. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo, realizado en una Unidad de Urgencias de una ciudad de Santa Catarina, Brasil. Participaron siete enfermeros y 23 médicos. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales semiestructuradas y analizados usando la técnica del Discurso Colectivo del Sujeto. **Resultados:** las facilidades involucradas: contar con servicios de referencia especializados; gravedad del paciente; servicio en “vacante cero”; buena relación entre los profesionales de los servicios de urgencias y la empatía. Entre los obstáculos estaban: el difícil contacto telefónico con los hospitales y su hacinamiento; dificultad para conseguir transporte, especialmente para pacientes con situación clínica estable y falta de ambulancia en la ciudad. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** las facilidades de referencia mejoran la atención de emergencia, sin embargo, las barreras, relacionadas a la vacante hospitalaria y el transporte, pueden comprometer la integridad y continuidad de la atención, requiriendo mejoras en la atención en red.

**Palabras clave:** Investigación sobre Servicios de Salud; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería.

### Autor correspondente:

Patrícia Madalena Vieira Hermida.  
E-mail: patricia.vieirahermida@gmail.com

Recebido em 03/03/2021.  
Aprovado em 12/08/2021.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0038>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe mudanças no modelo de atenção à saúde com a rápida expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), porém, a falta de integração entre os diferentes serviços produziu fragmentação e grandes lacunas nos cuidados de saúde<sup>1</sup>, inclusive entre os serviços médicos de emergência.

Assim, foi criada, em 2008, a Política Nacional de Regulação (PNR), na qual se destaca a Regulação do Acesso à Assistência, que tem como foco a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS. Visa a regular os serviços de diferentes densidades tecnológicas (atenção primária, secundária e terciária) do SUS, que passaram a se organizar em Redes de Atenção à Saúde (RAS), para a disponibilização da alternativa de cuidado à saúde mais adequada à necessidade do paciente, como os atendimentos às urgências e aos leitos hospitalares. Contempla a normatização do fluxo de transferência de pacientes por centrais de regulação, o que implica a referência destes para serviços de diferentes densidades tecnológicas, considerando-se a relação entre oferta e demanda por ações e serviços<sup>2</sup>.

Dentre as RAS, está a Rede de Urgências e Emergências (RUE), com destaque para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), previstas na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)<sup>3</sup>, que têm o compromisso com a integralidade da assistência à saúde.

Nesse sentido, uma referência bem pactuada deve ser implantada no próprio município e fora dele quando necessário. Contudo, os serviços de atendimento pré-hospitalar sinalizam o funcionamento ainda deficitário dessa referência<sup>4</sup> com prejuízos à população, que não possui garantias quanto ao seu direito à saúde integral.

A UPA destina-se ao atendimento de pacientes com patologias agudas e casos de urgência, porém, utiliza muito o mecanismo de referência para encaminhar pacientes graves que necessitam de um serviço de maior densidade tecnológica, transferência para hospitais de grande porte ou hospitais especializados. Todavia, no país, há uma integração parcial das UPA com as RAS, principalmente com a RUE, devido às dificuldades estruturais de referência dos pacientes<sup>5</sup>.

Diante do exposto e considerando a relevância da referência para a consolidação do princípio da integralidade do SUS e da PNAU, este estudo teve como objetivo descrever, na perspectiva de enfermeiros e médicos, as facilidades e os entraves da referência em uma Unidade de Pronto Atendimento.

## MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na UPA de um município de Santa Catarina, Brasil, inaugurada em 2012, onde atuavam 34 profissionais (dez enfermeiros e 24 médicos). A unidade foi selecionada pela experiência consolidada de implantação com tempo de funcionamento mínimo de dois anos e qualificação reconhecida pelo Ministério da Saúde.

Os participantes foram selecionados intencionalmente, considerando-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro ou médico da UPA, com, no mínimo, três meses de atuação no serviço,

independente do turno de trabalho e participar da referência do paciente. Não participaram do estudo quatro profissionais: dois por atuarem apenas na classificação de risco; um por afastamento no período de coleta de dados e outro por recusa. Assim, a pesquisa foi constituída por 30 participantes. Aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade foram convidados pessoalmente, na UPA, pela pesquisadora principal, para participar do estudo, momento em que foram informados sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa, além de agendadas a coleta de dados e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2015 a fevereiro de 2016 e foi realizada por meio de entrevista individual, empregando-se um roteiro semiestruturado 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 referentes às facilidades e entraves na referência da UPA para o hospital. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, no local de trabalho dos profissionais, sem a presença de outras pessoas. Salienta-se que o ambiente era reservado e não houve interferência. As entrevistas, gravadas em arquivo de áudio e transcritas na íntegra pela mesma pesquisadora, tiveram duração média de 20 minutos. A coleta de dados finalizou quando todos os profissionais elegíveis foram entrevistados.

Na análise, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>6</sup>, que compreende um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante. A técnica envolve quatro figuras metodológicas: Expressões Chaves (EC); Ideias Centrais (IC); Ancoragem (AC) e DSC. As EC são trechos do discurso individual que possuem a essência do depoimento. As IC compreendem o (os) sentido (s) do depoimento presente (s) nas EC. As IC semelhantes são agrupadas em uma única. A AC é uma expressão que aparece algumas vezes e remete às crenças ou representações usadas para apoiar posicionamentos, porém, não foi identificada nos depoimentos dos participantes deste estudo. Os DSC são redigidos na primeira pessoa do singular e compreendem a reunião das EC com IC ou AC de sentido semelhante<sup>6</sup>.

Para a organização dos dados, utilizou-se o *Software QualiquantiSoft*, versão 1.3c. No *Software*, primeiramente, foram cadastrados todos os participantes e as duas questões norteadoras do estudo relativas à referência. Em seguida, os depoimentos de participante foram transportados do *Microsoft Word*, onde foram transcritos, para o *Software* do DSC. Os dados foram organizados no referido *software* por participante e questão. No depoimento de cada participante, identificavam-se as EC e as respectivas IC. Posteriormente, as IC semelhantes de todos os participantes juntaram-se para formar uma única IC, e as EC de mesmo sentido ou significado foram unidas, constituindo o 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. 1.048.858 e CAAE: 43555715.8.0000.0121. Os participantes assinaram o TCLE e

foram identificados pela letra “E” (entrevistado) seguida pelo número de sequência das entrevistas (E1, E2, ... E30).

## RESULTADOS

Dos 30 participantes do estudo, 23 eram médicos (76,7%) e sete, enfermeiros (23,3%). Predominaram os profissionais de sexo feminino (n=16; 53,3%) e na faixa etária de 31 a 40 anos (n=13; 43,4%). Quanto ao tempo de atuação, médicos e enfermeiros com dois ou mais anos de trabalho no local representaram 53,3% (n=16). Metade (n=15; 50%) concluiu o curso de graduação há, pelo menos, dois anos (máximo oito) e a maioria (n=18; 60%) possuía alguma formação complementar, destacando-se as residências e especializações.

Dos depoimentos, emergiram três IC com seus respectivos discursos (DSC): um referente às facilidades da referência do paciente da UPA para o hospital (DSC 1) e dois relativos aos entraves da referência (DSC 2 e DSC 3). Esses discursos foram constituídos pelos depoimentos de 19, 26 e 21 participantes, respectivamente.

**IC 1** – Facilidades na referência: ter serviços de referência especializados; gravidade do paciente; atendimento em “vaga zero”; boa relação entre os profissionais dos serviços de urgência e a empatia.

**DSC 1** – *As facilidades da referência dependem do serviço. Facilita um pouco ter pontos específicos, tipo, eu sei que um paciente infartou, ele vai para a Cardiologia [...] quando é um serviço mais especializado, a vaga é mais garantida. Outro fator que facilita é o quadro do paciente: quanto maior a gravidade, mais rápido o atendimento e o suporte avançado dificilmente é negado quando o paciente preenche critério bem definido para transporte pelo SAMU na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel [...]. Quando é muito urgente, o SAMU leva para o hospital em “vaga zero”, ou seja, mesmo sem vaga. Embora nem todos os hospitais aceitem a “vaga zero”, várias vezes, a gente tem que fazer isso porque, realmente, aqui, não pode ficar. [...]. Outro fator que ajuda é o médico ter contato com alguém no serviço de referência, algum colega que quebre o galho [...] e na parte de transporte também [...]. Além disso, facilita o bom senso e a boa vontade do profissional da referência em aceitar [a transferência do paciente], do SAMU e do diretor técnico da UPA em conseguir o transporte [...].* (E1, E2, E6, E7, E11, E12, E13, E14, E16, E17, E19, E21, E22, E23, E24, E26, E27, E28, E30)

**IC 2** – Entraves na referência: contato difícil por telefone com os hospitais e a superlotação destes.

**DSC 2** - *Para transferir o paciente, tenho que conseguir a vaga no hospital e o contato por telefone é muito difícil, ninguém atende, mesmo insistindo. Perde-se muito tempo nisso. [...] a maior dificuldade é a questão de vagas, de leitos, leito de UTI principalmente. Enfrentamos uma superlotação em todos os hospitais da região de Florianópolis. [...] os protocolos de referência estão*

*totalmente sendo deixados de lado. Me parece uma questão subjetiva de quem está no hospital de referência de aceitar ou não o paciente [...]. Existe um desgaste [nosso] muito grande, eles [profissionais do hospital] não entendem a nossa situação, aqui é uma UPA, não, um hospital. Apesar de, na teoria, existir um sistema de regulação de leitos em Santa Catarina, na prática, não funciona. Já tivemos conflitos com eles por causa disso [...]. Assim, o paciente vai ficando dias aqui, apesar de não ter internação, porque, teoricamente, na UPA, o paciente não deveria ficar mais que 24 horas. Então, os médicos e toda equipe acabam, muitas vezes, se estressando pelos poucos recursos materiais que se tem aqui. Além disso, sobrecarrega, às vezes, tem muitos pacientes para atender e as pessoas ficam esperando [...].* (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E17, E19, E20, E21, E22, E23, E25, E26, E27, E28, E29, E30)

**IC 3** – Entraves na referência: dificuldade para conseguir transporte, sobretudo, de paciente com situação clínica estável e a falta de ambulância do município.

**DSC 3** – *Um dos maiores entraves é conseguir o transporte para a transferência do paciente ao hospital [...] porque perde-se horas tentando conseguir. O grande problema é referenciar pacientes que são casos mais leves, intermediários, uma vez que o SAMU não manda ambulância para estes casos [...] em condição estável, mas que pode instabilizar [...]. Muitas vezes, o médico da regulação não vê critérios de gravidade nem necessidade desse encaminhamento e a gente fica de mãos atadas, não tem como transportar e quem sofre mais é o paciente. Às vezes, troca o regulador, em meia hora, o problema de transporte é resolvido. A impressão é que eles não têm um protocolo ou, se têm, nem todos seguem [...]. É um estresse muito grande na hora de acionar o transporte. Já tivemos vários problemas com a equipe médica do SAMU [...]. Falta um entendimento melhor da lei das urgências e emergências [...]. Hoje, o município já não tem mais a ambulância para a realização dos transportes básicos [...]. Muitas vezes, casos relativamente graves, que têm familiares com carro, a gente opta por explicar a situação e mandar com o encaminhamento para o hospital depois que já conseguiu a vaga lá [...]. Porém, muitas vezes, os pacientes não têm os critérios de gravidade, só que também não têm condições de ir por meios próprios [...]. Se o paciente não preenche critério de transporte com a ambulância alfa do SAMU, e a maioria é assim, a gente tem que pedir a ambulância básica deles [...] e daí, geralmente, tem que sair o médico que está aqui de plantão para acompanhar o paciente [...].* (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E14, E16, E17, E18, E21, E23, E24, E27, E28, E29, E30)

## DISCUSSÃO

Os depoimentos dos profissionais, nos três DSC, retratam os fatores que facilitam ou que se configuram como entraves da referência na UPA. O DCS 1 evidenciou que os serviços hospitalares especializados, como o de Cardiologia, são pontos da RAS que facilitam o acesso do paciente à vaga do hospital. As linhas de cuidado implantadas no país podem contribuir nesse sentido. A linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), por exemplo, objetiva articular e integrar todos os pontos de atenção, ampliando e qualificando o acesso de forma ágil e oportuna<sup>7</sup>. Contudo, uma pesquisa alertou sobre a necessidade de aprimorar a formação profissional, sobretudo, para o conhecimento dos fluxos assistenciais na linha de cuidado desta patologia<sup>8</sup>.

Um estudo realizado nos Estados Unidos, com 139.494 pacientes com diagnóstico de IAM com elevação do segmento ST, avaliou que, após a implantação de sistema regionalizado de cuidados, houve um crescimento de 7,1% na admissão/acesso em um hospital de referência, assim como um aumento estatisticamente significativo na probabilidade de intervenção coronária percutânea no mesmo dia. A pesquisa mostrou ainda que a rede de atenção ao IAM foi associada à menor mortalidade em sete dias e redução de reinternação em 30 dias<sup>9</sup>. Pode-se inferir que os pacientes em situações cardiológicas agudas encontram, nos hospitais de referência, o acesso ao serviço do qual necessitam.

Outro fator que facilita a referência na UPA é a gravidade do quadro clínico do paciente, que favorece o acesso ao transporte avançado pelo SAMU. Embora, algumas vezes, com atrasos, a ambulância de suporte avançado é enviada para a remoção do paciente grave da UPA para o hospital, aspecto relevante para a segurança do paciente na atenção à saúde.

A despeito disso, um estudo nacional investigou o perfil de atendimento e satisfação dos pacientes atendidos pelo SAMU e destacou que reconhecer qual o tipo de socorro mais acionado pela população permite melhorar o planejamento e a reorganização da assistência de acordo com a gravidade do quadro clínico. Ainda, os pacientes revelaram satisfação com o serviço prestado, considerando que este atende a população resolutamente<sup>10</sup>.

A “vaga zero” emergiu como outro facilitador da referência. Trata-se de um recurso que inclui acesso a recursos mínimos de sobrevivência e a recursos críticos para diagnóstico e tratamento em casos de grande potencial de morbimortalidade.<sup>5</sup> Pressupõe ainda que qualquer serviço de saúde tem que garantir o atendimento nas urgências, disponibilizando vagas para receber os pacientes transportados pelo SAMU, mesmo nas situações em que inexistam leitos. O SAMU possui autoridade para alocar os pacientes na rede de serviços, devendo apenas comunicar sua decisão aos médicos dos serviços de urgência<sup>11</sup>.

Os profissionais do SAMU entendem que devem ser atendidos sem questionamentos sempre que chegarem com o paciente, o que não significa que esse atendimento ocorra na ausência de resistência, manifestada em atitudes como demora na recepção do paciente e retenção de equipamentos (macas e colares cervicais)<sup>12</sup>, o que pode acarretar consequências à segurança do paciente e aos atendimentos posteriores prestados

pelo SAMU. Um estudo confirmou que os riscos à segurança acompanham a entrada do paciente no serviço hospitalar, pois, muitas vezes, este permanece nas macas do SAMU<sup>13</sup>.

Outros fatores que facilitam a referência podem ser entendidos como recursos pessoais inerentes aos profissionais de saúde: as boas relações profissionais entre os serviços e a empatia. As boas relações profissionais, baseadas em redes de conhecimentos e contatos pessoais, são um recurso alternativo na referência dos pacientes para o hospital, embora considerado um mecanismo ainda precário de integração entre os pontos de atenção da RUE, haja vista que as regras estabelecidas e os recursos são insuficientes para a resolução dos problemas<sup>14</sup>.

Um estudo sueco, que investigou a interação entre um Centro Atendimento de Urgência (UCC) e emergências hospitalares adulto e pediátrica, identificou como desafio: fazer com que os profissionais de ambos os serviços se conhecessem, o que diminuiria as controvérsias e aumentaria a confiança entre as equipes. Explica-se que os UCC são serviços de saúde, tipicamente compostos por médicos, enfermeiros e auxiliares de Enfermagem, que funcionam no nível intermediário de cuidados à saúde, entre as emergências hospitalares e a atenção primária<sup>15</sup>, similares às UPA brasileiras.

No que se refere à empatia dos profissionais dos serviços, percebe-se que, no cotidiano da UPA, muitas vezes, esta é um recurso que os profissionais dispõem para enfrentar os entraves na referência, caracterizada por atitudes de bom senso e boa vontade entre os profissionais dos serviços pré-hospitalar e hospitalar. Compreende-se a empatia como um dos valores morais relevantes na formação profissional<sup>16</sup>. Em um serviço de emergência, dentre os fatores que constituem a habilidade empática, destacou-se, entre os profissionais, a maior capacidade de sensibilizar-se com a situação de outras pessoas<sup>17</sup>.

Um estudo, que teve como objetivo definir os princípios das melhores práticas para transferências inter-hospitalares, identificou que a gestão da solicitação da transferência e a troca de informações estão entre os elementos para superar os problemas encontrados nesse processo<sup>18</sup>, aspectos evidenciados quando os profissionais recorrem ao diretor técnico da UPA para conseguir o transporte junto ao SAMU e contam com as competências e habilidades do médico do hospital para assegurar a transferência do paciente.

Os entraves da UPA na referência são relacionados à vaga hospitalar (DSC 2) e ao transporte (DSC 3). Quanto à vaga, há dificuldade em estabelecer contato telefônico com os profissionais do hospital para encaminhar os pacientes, além da superlotação do mesmo.

Um estudo, conduzido para aumentar a eficiência das transferências inter-hospitalares realizadas via ligação telefônica e diminuir as negativas de transferência, aplicou, com sucesso, medidas que facilitaram esse processo, considerando-se as dificuldades encontradas – tempo prolongado de espera e insatisfação dos pacientes e da instituição. As medidas incluíram: pessoal treinado para atender à ligação telefônica inicial; estabelecer contato rápido com o médico assistente e padronizar os dados a serem informados na transferência<sup>19</sup>. Em detrimento do contato telefônico, um estudo americano sugeriu o uso da telemedicina, alternativa que permite



maior eficiência e agilidade no gerenciamento de transferências inter-hospitalares, além de possibilitar que profissionais ganhem tempo para realizar o atendimento clínico necessário aos pacientes<sup>20</sup>.

Ainda no tocante à vaga hospitalar, na Turquia, a falta de leitos hospitalares é uma importante causa de superlotação nas emergências, configurando-se um fenômeno multicausal em todas as partes do mundo<sup>21</sup>. No município do Rio de Janeiro, Brasil, como o acesso aos leitos é difícil pelo número reduzido destes, a retaguarda hospitalar tem sido um grande obstáculo para o trabalho nas UPA<sup>5,14</sup>, em consonância com os achados deste estudo.

As dificuldades no processo de transferência dos pacientes para o hospital, desde o contato com os profissionais da referência à efetiva transferência, são marcadas por consequências: atraso do atendimento no local adequado com possíveis prejuízos no estado de saúde do paciente; comprometimento do cuidado às pessoas que aguardam atendimento na UPA; alteração no processo de trabalho; estresse e frustração nos profissionais da UPA. Na Índia, a falta de um sistema de referência organizado compromete o atendimento ideal às crianças gravemente doentes, o que estimulou o desenvolvimento de uma intervenção educativa acerca de encaminhamentos para os hospitais, realizada com os profissionais de saúde em diferentes unidades de saúde, intervenção que melhorou a qualidade das cartas de referência<sup>22</sup>.

Dentre as competências das UPA, está o encaminhamento de pacientes para a internação em hospitais quando estes não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação<sup>23</sup>. Mas, as dificuldades de transferência, principalmente referentes à indisponibilidade de leitos hospitalares, fazem da UPA um local de “internação temporária”, fenômeno corroborado em estudo realizado nas UPA do Rio de Janeiro em que a pouca disponibilidade de retaguarda hospitalar de leitos faz com que os pacientes permaneçam sob cuidados até haver melhora clínica em uma “internação” em ambiente pré-hospitalar, extrapolando o período de observação de 24 horas preconizado para essas unidades<sup>5</sup>. Esse fenômeno representa uma distorção da finalidade e das possibilidades de cuidado das UPA<sup>4</sup>.

A UPA, entendida como uma unidade de internação, acomoda a falta de leitos ao invés de tencioná-la. Desse modo, é imperativo aprimorar a integração entre os pontos de atenção da RUE e qualificar a retaguarda hospitalar<sup>5</sup> para que a capacidade de atendimento das UPA e o direito do paciente a uma assistência em tempo oportuno e local adequado sejam respeitados.

Os profissionais revelaram ainda que não há seguimento de protocolos de referência dos pacientes da UPA para o hospital e, embora, na teoria, exista um sistema de regulação de leitos em Santa Catarina, na prática, não funciona. Em consonância, uma pesquisa evidenciou mecanismos informais e paralelos de regulação de leitos na transferência de paciente para a UTI, sobretudo, com a utilização do aplicativo de WhatsApp®, com o enfraquecimento das tecnologias formais de informação e de comunicação (Sistema de Regulação - SISREG, protocolos e fluxos). Esse tipo de regulação produz vieses na priorização do acesso por critérios técnicos, sinalizando o atendimento de interesses particulares<sup>24</sup>.

Na Suécia, um estudo revelou que, mesmo que houvesse uma diretriz baseada no diagnóstico e na gravidade, regulando a

distribuição dos pacientes entre os Departamentos de Emergência hospitalares e o UCC, ainda haveria certa ambiguidade sobre como interpretá-la, julgando-se necessário recrutar pessoal com longa experiência em triagem para evitar erros<sup>15</sup>.

No Brasil, os marcos regulatórios da política de regulação assistencial estão definidos e existem normas, objetivos, metas, protocolos e fluxos vinculados à mesma, contudo, sua implementação é marcada por interferências de modo que, na negociação institucional, prevalecem interesses particulares em vez de critérios técnicos baseados nas necessidades dos usuários. Além disso, há conflitos locais e problemas de comunicação com a Central Estadual de Regulação<sup>24</sup>.

Em outro estudo<sup>25</sup>, a dificuldade do setor da regulação em garantir leitos aos pacientes das UPA foi atribuída ao fato de grande parte das internações ocorrer diretamente nos hospitais, sem a intermediação de centrais regulatórias. Em certas situações, há um fluxo diferenciado de encaminhamento com classificação de prioridade que, por vezes, evidencia problemas na acessibilidade, prejudicando a continuidade da atenção. Além disso, na busca por leitos em hospitais privados e conveniados ao SUS, os pacientes do sistema público de saúde competem com aqueles dos planos de saúde e de atendimentos particulares.

Nesse meandro, um estudo islandês destacou que o estabelecimento de relações formais entre os serviços intermediários de atendimento de urgências, como as UPA, e as emergências hospitalares pode melhorar a comunicação, facilitar a transferência e aumentar a satisfação do paciente e do médico<sup>26</sup>. Os achados do estudo, corroborados pela literatura, reforçaram que, no Brasil, há grande necessidade de que o processo regulatório na saúde, desempenhado pelo poder público, se consolide de maneira efetiva para garantir decisões consistentes com o interesse da população<sup>25</sup>.

Outros entraves na referência dos pacientes da UPA para o hospital, expressos no DSC 3, dizem respeito à dificuldade para conseguir transporte, sobretudo, para paciente com situação clínica estável, além da falta de ambulância do município. A dificuldade em conseguir transporte para as situações sem risco de vida ganha importância quando considerada a quantidade de pacientes que necessitam desse tipo de transporte. Sabe-se que a procura por atendimento às situações de baixa gravidade ou sem a finalidade dos serviços móveis de urgência é um fenômeno internacional e previsível em sistemas de saúde<sup>27</sup>. A ambulância de suporte básico torna-se mais solicitada devido à maior ocorrência de pequenos incidentes<sup>28</sup>.

As dificuldades relacionadas ao transporte de pacientes em situações clínicas estáveis podem implicar consequências para os mesmos quando transferidos por meios próprios, pois seu quadro clínico pode instabilizar sem a adequada atenção, com possível agravamento e comprometimento da sua segurança. Nesse meandro, salienta-se a relevância dos protocolos na transferência de pacientes entre os serviços, o que, neste estudo, revelou fragilidade na sua implementação. A falta de padronização de protocolos para a continuidade dos cuidados representa importante risco à segurança do paciente na transferência do cuidado pré-hospitalar<sup>13</sup>.

Um estudo realizado na Espanha comprovou que a falta de padronização das transferências aumenta a probabilidade de

eventos adversos e destacou a relevância de padronizar esse processo por meio de um registro escrito que apoie a transferência verbal e a transmissão de informações, de forma adequada e em tempo hábil, a fim de aumentar a segurança do paciente<sup>29</sup>.

Quando se transfere o paciente com acompanhamento do profissional médico da UPA em ambulância básica, as repercussões recaem, sobretudo, nos profissionais que permanecem no serviço em menor número para atender os pacientes e sobre o tempo de espera de atendimento, que passa a ser maior, aspectos que podem gerar insatisfação. Nesse sentido, outro estudo, realizado com 459 pacientes na mesma UPA de Santa Catarina, demonstrou que a pior *performance* no atendimento foi atribuída à agilidade (tempo de espera), indicando que é preciso adequações no sistema de referência a fim de diminuir o tempo de espera para aqueles que buscam pelo serviço<sup>30</sup>.

Em relação ao transporte, o discurso dos profissionais revelou ainda que existem conflitos entre os profissionais da UPA e os médicos da regulação do SAMU, seja pela indisponibilidade de ambulância ou pelas divergências dos protocolos de atendimento. O funcionamento inadequado dos fluxos e referências colabora para maximizar os conflitos entre as equipes dos serviços de diferentes densidades tecnológicas da RUE<sup>31</sup>. A literatura asseverou que os conflitos entre profissionais favorecem ações individualistas, fragmentadas, antagônicas ao cunho universal e solidário do SUS<sup>32</sup>.

A função reguladora do SAMU é essencial na sua relação com a rede, mas, para isso, deve prevalecer o aspecto normativo da PNAU (enquanto regra sob o ponto de vista dos direitos e obrigações)<sup>27</sup>. Contudo, o discurso dos profissionais aponta para a falta de entendimento sobre a legislação que envolve a atenção às urgências no país, que devem seguir as normativas estabelecidas para garantir referência segura ao paciente em situação aguda.

Este estudo, assim como outros já publicados sobre o tema<sup>5,13,14,24,31</sup>, evidencia entraves na referência dos pacientes para os hospitais, que sinalizam a necessidade de investigações de cunho avaliativo acerca da regulação do acesso à assistência no SUS, dada a sua relevância na garantia de um cuidado mais equânime e integral. Pontua-se<sup>33</sup> ainda que, passados dez anos da instituição da Política Nacional de Regulação, esta não recebeu proposições de avaliação, somente uma proposta preliminar da sua avaliabilidade.

## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As facilidades na referência da UPA envolvem fatores técnicos e inerentes aos profissionais de saúde. Os primeiros incluem: ter serviços de referência especializados; a gravidade do paciente e o atendimento em “vaga zero”. Os demais fatores traduzem-se na boa relação entre os profissionais dos serviços de urgência e na empatia. Quanto aos entraves na referência, são relativos à vaga hospitalar e ao transporte, respectivamente: contato difícil por telefone com os hospitais e a superlotação destes; dificuldade para conseguir transporte, sobretudo, em pacientes com situação clínica estável, além da falta de ambulância do município.

As facilidades da referência potencializam o atendimento às urgências, porém, os entraves, referentes à vaga hospitalar e ao transporte, podem comprometer a integralidade e a continuidade do cuidado e requerem melhorias na atenção à saúde em rede. Desse modo, os resultados demonstram a necessidade de maior integração entre os serviços, de investimentos na ampliação da atenção pré-hospitalar e hospitalar e de melhorias nos processos de transferência dos pacientes.

A identificação dos aspectos que facilitam a referência e os entraves desta traz implicações para a prática por produzir um diagnóstico situacional, o qual permite, especialmente aos enfermeiros com formação em gestão, planejar e implementar melhorias no acesso aos serviços de maior densidade tecnológica, em busca da integração entre os pontos de atenção e da consolidação da Rede de Atenção às Urgências, idealizada como política pública.

O estudo limitou-se à participação profissional das categorias médica e de Enfermagem (enfermeiros), todavia, os achados podem contribuir para melhorar a referência. Sugerem-se novos estudos apoiados nos pressupostos de qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde, envolvendo profissionais de outros pontos da RUE, inclusive da Regulação, para ampliar a compreensão sobre o tema.

## FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) - Processo Nº: 2014TR3205. Bolsa de doutorado concedida à Patrícia Madalena Vieira Hermida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). Bolsa de Produtividade em Pesquisa - Nível 2, concedida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) à Eliane Regina Pereira do Nascimento.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Patrícia Madalena Vieira Hermida. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Aquisição de dados. Patrícia Madalena Vieira Hermida.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Patrícia Madalena Vieira Hermida. Eliane Regina Pereira do Nascimento. Luciana Bihain Hagemann de Malfussi. Daniele Delacanal Lazzari. Sabrina Guterres da Silva Galetto. Giovanna Mercado Torres.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Patrícia Madalena Vieira Hermida. Eliane Regina Pereira do Nascimento. Luciana Bihain Hagemann de Malfussi. Daniele Delacanal Lazzari. Sabrina Guterres da Silva Galetto. Giovanna Mercado Torres.

Aprovação da versão final do artigo. Patrícia Madalena Vieira Hermida. Eliane Regina Pereira do Nascimento. Luciana Bihain Hagemann de Malfussi. Daniele Delacanal Lazzari. Sabrina Guterres da Silva Galetto. Giovanna Mercado Torres.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Patrícia Madalena Vieira Hermida. Eliane Regina Pereira do Nascimento. Luciana Bihain Hagemann de Malfussi. Daniele Delacanal Lazzari. Sabrina Guterres da Silva Galetto. Giovanna Mercado Torres.

**EDITOR ASSOCIADO**Beatriz Toso **EDITOR CIENTÍFICO**Marcelle Miranda da Silva **REFERÊNCIAS**

- Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-56. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). PMID:31303318.
- Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008 (BR). Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 2008 [citado 2021 jan 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017 dez 11;51:125. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>. PMID:29236876.
- Konder M, O'dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis*. 2019;29(2):e290203. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290203>.
- Lefèvre F. Discurso do sujeito coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017. 80 p.
- Pinto LLN, Corrêa AR, Donoso MTV, Matos SS, Manzo BF. Strategies for reducing door-to-balloon time in patients with acute myocardial infarction. *REME*. 2016;20:e954. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160023>.
- Aimoli US, Miranda CH. Clinical competence in ST-segment elevation myocardial infarction management by recently graduated physicians applying for a medical residency program. *Arq Bras Cardiol*. 2020;114(1):35-44. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20180309>. PMID:32049168.
- Shen Y-C, Krumholz H, Hsia RY. Association of cardiac care regionalization with access, treatment, and mortality among patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2021;14(3):e007195. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.007195>. PMID:33641339.
- Battisti GR, Branco A, Caregnato RCA, Oliveira MMC. Profile of service and satisfaction of users of the Mobile Emergency Care Service (SAMU). *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180431. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180431>. PMID:31365737.
- Portaria no. 2.048, de 05 de novembro de 2002 (BR). Aprova Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 2002 [citado 2021 jan 27]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)
- Araujo MT, Velloso ISC, Alves M. Everyday practices of professional in the mobile emergency Service. *REME*. 2017;21:e1042. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170052>.
- Miorin JD, Pai DD, Ciconet RM, Lima MASD, Gerhardt LM, Indruczaki NS. Transfer of pre-hospital care and its potential risks for patient safety. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190073. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0073>.
- Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):879-92. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0519>.
- Wennman I, Witholt M, Carlström E, Carlsson T, Khorram-Manesh A. Urgent care centre in Sweden - the integration of teams and perceived effects. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(4):1205-1216. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2790>. PMID:30977572.
- Marques LMNSR, Ribeiro CD. The moral values of nursing undergraduation: perception of teachers and students. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190104. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0104>.
- Albuquerque MCS, Souza DFS, Maynard WHC, Bezerra LFD, Cassimiro ARTS, Calvacante JC. Nurses' empathy in an emergency hospital service. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170406. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0406>.
- Reichheld A, Yang J, Sokol-Hessner L, Quinn G. Defining best practices for interhospital transfers. *J Healthc Qual*. 2021;43(4):214-24. <http://dx.doi.org/10.1097/JHQ.000000000000293>. PMID:33596008.
- Emry 3rd ME, Settelmeyer DR, McMann LP, Hopkinson SG. Improving the efficiency of a military treatment facility transfer center process. *Mil Med*. 2020;185(7-8):e995-1001. <http://dx.doi.org/10.1093/milmed/usaa097>. PMID:32567659.
- Hayden EM, Boggs KM, Espinola JA, Camargo Jr CA, Zachrison KS. Telemedicine facilitation of transfer coordination from emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2020;76(5):602-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.04.027>. PMID:32534835.
- Erenler AK, Akbulut S, Guzel M, Cetinkaya H, Karaca A, Turkoz B et al. Reasons for overcrowding in the emergency department: experiences and suggestions of an education and research hospital. *Turk J Emerg Med*. 2016;14(2):59-63. <http://dx.doi.org/10.5505/1304.7361.2014.48802>. PMID:27331171.
- Ezhumalai G, Jayashree M, Nallasamy K, Bansal A, Bharti B. Referrals to a pediatric emergency department of a tertiary care teaching hospital before and after introduction of a referral education module - a quality improvement study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):761. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05649-w>. PMID:32807142.
- Portaria n. 342, de 04 de março de 2013 (BR). Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento do serviços de urgência 24 horas não hospitalares, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, dispõe sobre incentivo financeiro para novas UPA e UPA 24h ampliadas. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 2013 [citado 2021 jan 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html)
- Mendes VLPS, Aguiar FC. Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital. *Rev Adm Pública*. 2017 dez;51(6):1104-21. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612169426>.
- Basto LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DAS et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica*. 2020;54:25. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>. PMID:32074220.
- Chacko J, Podlog M, Basile J, Anjum A, Youssef E, Malizia R et al. Resource utilization of adult patients referred to the emergency department from an urgent care center. *Hosp Pract (1995)*. 2020;48(5):272-5. <http://dx.doi.org/10.1080/21548331.2020.1795483>. PMID:32654538.
- O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saude Publica*. 2017;33(7):e00043716. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00043716>. PMID:28792986.
- Tibães HBB, Silva DM, Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Service profile of the Mobile Emergency Care Service in the north of Minas Gerais State. *Rev Fund Care Online*. 2018;10(3):675-82. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.675-682>.
- Sanjuan-Quiles Á, Hernández-Ramón MDP, Juliá-Sanchis R, García-Aracil N, Castejón-de la Encina ME, Perpiñá-Galvañ J. Handover of patients from prehospital emergency services to emergency departments. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(2):169-74. <http://dx.doi.org/10.1097/NRQ.000000000000351>. PMID:30028412.
- Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Vituri DW, Martins SR, Barbosa SS. Responsiveness of the embracement with risk classification: user's evaluation in emergency care unit. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180480. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0480>.
- Indruczaki NS, Miorin JD, Pais VF, Gemelli MP, Lima MADS, Pai DD. Conflicts between health teams in transfer of prehospital care. *Rev enferm UERJ*. 2020;28:e50078. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50078>.
- Parisi L, Silva JM. Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. *Saúde Debate*. 2018 dez;42(spe4):30-42. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s402>.
- Figueiredo TA, Angulo-Tuesta A, Hartz Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. *Physis*. 2019;29(2):e290214. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290215>.