

Contrarreferência em Unidade de Pronto Atendimento: discurso do sujeito coletivo

Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech

Contrarreferencia en Unidades de Atención de Urgencias: discurso del sujeto colectivo

Patrícia Madalena Vieira Hermida¹

ORCID: 0000-0002-7969-357X

Eliane Regina Pereira do Nascimento¹

ORCID: 0000-0003-2215-4222

Maria Elena Echevarría-Guanilo¹

ORCID: 0000-0003-0505-9258

Selma Regina de Andrade¹

ORCID: 0000-0001-7449-6860

Ângela Maria Blatt Ortiga^{II}

ORCID: 0000-0003-1602-1984

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

^{II}Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.
Florianópolis-SC, Brasil.

Como citar este artigo:

Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Andrade SR, Ortiga AMB. Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):143-50. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0023>

Autor Correspondente:

Patrícia Madalena Vieira Hermida
E-mail: patymadale@yahoo.com.br



Submissão: 27-01-2018

Aprovação: 20-04-2018

RESUMO

Objetivo: Descrever as facilidades e dificuldades da contrarreferência de uma Unidade de Pronto Atendimento do estado de Santa Catarina. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, com a participação de três enfermeiros e 17 médicos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Para o embasamento teórico, se utilizou a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção às Urgências. **Resultados:** As facilidades da contrarreferência correspondem às estratégias de comunicação com a Atenção Básica: acolhimento; boas relações interpessoais; e prontuário eletrônico em rede. As dificuldades estão relacionadas às deficiências da Atenção Básica e dos serviços especializados, como o quantitativo insuficiente de médicos e a demora no agendamento de consultas e de exames mais complexos. **Considerações finais:** As dificuldades evidenciadas indicam expressivos desafios do sistema de saúde local na busca da integração entre os pontos de atenção às urgências.

Descritores: Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Encaminhamento e Consulta; Enfermagem; Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

Objective: To describe the facilities and difficulties of the counter-referral of an Emergency Care Unit in Santa Catarina State. **Method:** Descriptive, qualitative study, with the participation of three nurses and 17 physicians. The data were collected through a semi-structured interview and analyzed using the Discourse of the Collective Subject technique. For the theoretical basis, the *Política Nacional de Atenção às Urgências* (National Policy of Emergency Care) and the *Rede de Atenção às Urgências* (Network of Care to the Emergencies) was used. **Results:** The facilities of the counter-referral correspond to the strategies of communication with the Primary Care: embracement; good interpersonal relationships; and electronic medical record network. The difficulties are related to the deficiencies of Primary Care and specialized services, such as the insufficient number of physicians and the delay in scheduling consultations and more complex exams. **Final considerations:** The difficulties highlighted indicate significant challenges of the local health system in the search for integration between emergency care points.

Descriptors: Health Services Research; Emergency Medical Services; Referral and Consultation; Nursing; Emergency Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir las facilidades y dificultades de la contrarreferencia de una Unidad de Atención de Urgencias del estado de Santa Catarina. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, con la participación de tres enfermeros y 17 médicos. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestruturada y analizados con la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Para el basamento teórico, se utilizó la *Política Nacional de Atención às Urgências* (Política Nacional de Atención a las Urgencias) y la *Rede de Atenção às Urgências* (Red de Atención a las Urgencias). **Resultados:** Las facilidades de la contrarreferencia corresponden a las estrategias de comunicación con la Atención Básica: acogida; buenas relaciones interpersonales; y el pronombre electrónico en red. Las dificultades están relacionadas con las deficiencias de la Atención Básica y de los servicios especializados, como el cuantitativo insuficiente de médicos y la demora en la programación de consultas y de exámenes más complejos. **Consideraciones finales:** Las dificultades evidenciadas indican expresivos desafíos del sistema de salud local en la búsqueda de la integración entre los puntos de atención a las urgencias.

Descriptores: Investigación en Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Derivación y Consulta; Enfermería; Enfermería de Urgencia.

INTRODUÇÃO

A integração entre os diferentes níveis de prestação de cuidados representa um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo⁽¹⁾, haja vista os problemas de articulação entre os serviços de menor e maior densidade tecnológica evidenciados no Brasil⁽²⁻⁶⁾ e em outros países⁽⁷⁻⁸⁾, aspecto relacionado, em parte, à fragmentação da Atenção à Saúde^(4,9).

Nesse contexto, considerando a necessidade de fortalecer a integração dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída no país, em 2008, a Política Nacional de Regulação, que mediante a Regulação do Acesso à Assistência organiza, controla, gerencia e prioriza o acesso e os fluxos assistenciais⁽¹⁰⁾. Ademais, a partir de 2011, o sistema passou a se organizar em Redes de Atenção à Saúde (RAS), dentre as quais se destaca a Rede de Urgências e Emergências (RUE)⁽¹¹⁾.

Pela sua complexidade e características de atendimento (situações clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental entre outras), a RUE se constitui por pontos de atenção necessários às diversas ações de atendimento às urgências e emergências. Esses pontos precisam atuar de maneira integrada, articulada e sinérgica, estando presentes o acolhimento, a informação e a regulação do acesso⁽¹²⁾.

Dentre os pontos de atenção da RUE, sobressaem as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que, conforme a população da área de abrangência, podem ser classificadas como de Porte I, II ou III. A UPA de Porte I é aquela que possui uma população de 50 a 100 mil habitantes em sua área de abrangência, enquanto as de Porte II e III são as que têm, respectivamente, uma população de 100.001 a 200 mil e de 200.001 a 300 mil habitantes⁽¹³⁾.

As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e os hospitais. O atendimento na UPA prevê, por meio de pactos e fluxos previamente definidos, que os usuários sejam contrarreferenciados para os pontos de atenção de menor densidade tecnológica, incluindo a Atenção Básica ou especializada, a fim de assegurar a continuidade do cuidado⁽¹²⁾.

O modo como ocorre a contrarreferência, ou seja, a transferência das informações sobre os usuários entre os serviços, varia de acordo com a realidade dos municípios ou regiões de saúde, mediante instrumentos tradicionais, como as fichas/formulários manuais de encaminhamento^(1,9), relatórios médicos impressos, contato telefônico ou por meios de informação e comunicação mais atuais, a exemplo do sistema eletrônico (E-saúde) que interliga serviços e permite o acesso aos prontuários eletrônicos⁽⁵⁾.

Assim, se realizada de modo efetivo e coerente, a contrarreferência favorece a integração dos serviços da rede⁽²⁾, sendo a comunicação um fator indispensável, uma vez que permite o elo entre os pontos de atenção⁽¹⁴⁾. Por outro lado, quando ocorre de maneira inadequada, a contrarreferência se torna importante barreira à continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção^(1,14).

Nesse sentido, os serviços de saúde sinalizam o mau funcionamento da contrarreferência na RUE, com prejuízos à população que não tem garantido o seu direito a uma saúde integral, como revelam estudos desenvolvidos no Paraná⁽⁵⁾, São Paulo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, Minas Gerais⁽¹⁾ e Paraíba⁽⁹⁾. Diante do exposto, considerando a relevância da integração entre os pontos de atenção da RUE e a necessidade de pesquisas que

descrevam as experiências sobre a temática em diferentes estados e municípios brasileiros⁽¹⁷⁾, propôs-se esta investigação.

OBJETIVO

Descrever as facilidades e dificuldades da contrarreferência de uma Unidade de Pronto Atendimento do estado de Santa Catarina.

MÉTODO

Aspectos éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Tipo de estudo e Referencial teórico-metodológico

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou para embasamento teórico a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída em 2003 e reformulada em 2011⁽¹¹⁾, e as Redes de Atenção à Saúde⁽¹⁸⁾, com foco na Rede de Atenção às Urgências (RUE). Essa rede é constituída por oito componentes, destacando-se as UPAs, que devem articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso ao usuário em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna⁽¹¹⁾.

O estudo – recorte de uma tese de doutorado, está vinculado ao projeto âncora 'Organização das Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina: com a palavra os gestores, profissionais de saúde e usuários' desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde (GEASS), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Procedimentos metodológicos

Empregou-se um roteiro de entrevista que contemplava as características dos participantes (idade, raça, sexo, categoria profissional, tempo de atuação no serviço, ano de conclusão da graduação, formação complementar, outros vínculos empregatícios) e duas questões abertas, uma sobre as facilidades da contrarreferência na UPA e a outra, referente às dificuldades.

Cenário do estudo

Pesquisa desenvolvida em uma Unidade de Pronto Atendimento de um município da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina. A UPA, inaugurada em 2012 e classificada como Porte I, foi selecionada devido à experiência consolidada de implantação desse tipo de serviço. Consideraram-se como critérios de seleção o tempo de funcionamento mínimo de dois anos e a comprovação da qualificação da instituição por meio de Portaria Ministerial.

Fonte de dados

Do total de 10 enfermeiros e 24 médicos que trabalham na UPA, 20 participaram do estudo por atenderem aos critérios de inclusão: ser enfermeiro ou médico com qualquer tipo de vínculo empregatício e atuação mínima de três meses na instituição,

tempo considerado necessário para conhecer a organização do serviço em relação à contrarreferência dos usuários. Excluíram-se os profissionais que se encontravam em período de férias, licença ou afastamento das atividades na UPA na ocasião da coleta de dados. Também foram excluídos os enfermeiros que atuavam apenas na classificação de risco, uma vez que não realizam ações de contrarreferência na UPA. Assim, não participaram 14 profissionais; um por afastamento, outro por recusa, dois por atuarem apenas na classificação de risco e 10 pelo fato dos depoimentos relatarem apenas as facilidades e dificuldades da referência dos usuários para os hospitais.

Coleta dos dados

Os dados coletados de 08 de novembro de 2015 a 21 de fevereiro de 2016, mediante entrevista individual semiestruturada, realizada e gravada por uma das pesquisadoras, em um local privativo da UPA, foram transcritos na íntegra pela mesma. A coleta finalizou quando todos os profissionais que obedeceram aos critérios de elegibilidade foram entrevistados.

Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados, empregando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite extrair pela análise do conteúdo dos depoimentos os sentidos ou significados neles incorporados. Esta técnica compreende quatro figuras metodológicas: Expressões Chave (ECH); Ideia Central (IC); Ancoragem (AC); e DSC propriamente dito. Define-se ECH como trechos do discurso, contínuos ou não, selecionados pelo pesquisador por conter a essência do conteúdo do depoimento. A IC é entendida como o nome ou expressão linguística que traduz o sentido de cada conjunto homogêneo de ECH, de maneira sintética e precisa. A reunião de ECH que têm a mesma IC, em um único discurso/síntese, compõe o DSC. Denomina-se AC a expressão de uma teoria ou ideologia incorporada no depoimento como se fosse uma afirmativa qualquer⁽¹⁹⁾.

Desse modo, no processo de análise dos depoimentos, inicialmente, foram identificadas as ECH de cada depoimento. Cada conjunto de ECH com mesmo sentido gerou uma IC, sendo as IC semelhantes agrupadas em uma única. Por último, construiu-se os DSC a partir das ECH de mesma IC, redigidos na primeira pessoa do singular⁽¹⁹⁾. AC não foi revelada nos depoimentos.

Na análise, além do procedimento metodológico qualitativo do DSC já descrito, empregou-se o quantitativo, distinguindo-se o participante ao final de cada discurso pela letra "P", seguida pelo número correspondente à ordem de realização das entrevistas

(P1, P2,... P20). Na organização e processamento dos dados, se utilizou o *Software QualiQuantSoft* do DSC versão 1.3c.

RESULTADOS

Dos 20 profissionais que participaram do estudo, 17 (85%) são médicos e três (15%) enfermeiros, metade do sexo feminino (n=10; 50%), com predomínio da faixa etária de 31 a 40 anos (n=9; 45%). A maioria (n=11; 55%), tanto médicos como enfermeiros, relatou ter dois ou mais anos de trabalho no local. Metade (n=10; 50%) concluiu de dois a oito anos o curso de graduação e a maior parte (n=13; 65%) deles possui alguma formação complementar, destacando-se as Residências e Especializações. Constatou-se que 75% (n=15) dos profissionais atuam em um ou mais locais além da UPA. Dentre os enfermeiros, somente um (5%) trabalha em outro serviço, e do total de médicos, 14 (70%) exercem a profissão em outros estabelecimentos, além da UPA.

Dos depoimentos dos profissionais, emergiram três discursos e suas respectivas Ideias Centrais (ICs), sendo o primeiro (DSC1) referente às facilidades da contrarreferência, enquanto o segundo e o terceiro, às dificuldades (DSC2 e DSC3) (Figura 1).

O DSC1 se constituiu dos depoimentos de nove participantes (45%). Trata das facilidades identificadas pelos profissionais da UPA ao realizarem a contrarreferência dos usuários para a Atenção Básica, facilidades que são entendidas como estratégias de comunicação existentes na Unidade Básica de Saúde (UBS), como o acolhimento, ou entre os serviços, UBS e UPA, como as boas relações interprofissionais e o prontuário eletrônico em rede (Figura 1).

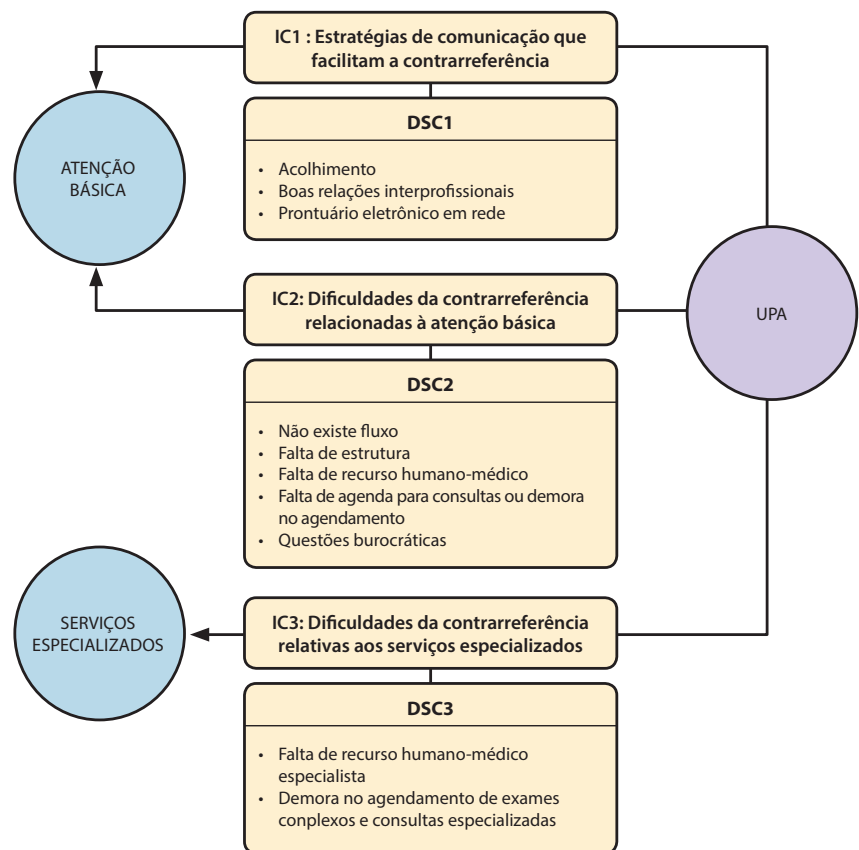


Figura 1 – Facilidades e dificuldades da contrarreferência na UPA, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015-2016

IC1: Estratégias de comunicação que facilitam a contrarreferência – acolhimento, boas relações interprofissionais e prontuário eletrônico em rede

DSC1: *Considero como facilidade da contrarreferência a própria forma como a Estratégia de Saúde da Família trabalha, que se propõe a acolher o paciente, a equipe tem esse espírito [...] Outra facilidade, para mim, é a gente conhecer, ter bons contatos com o pessoal. Ter contato facilita tudo [...] Uma grande vantagem, é o nosso sistema que é todo integrado, a UPA e as Unidades Básicas têm um programa que funciona muito bem, via internet, a gente consegue tanto acessar o que o posto escreveu no prontuário eletrônico como eles conseguem ver qual foi a conduta aqui, então tudo o que eu anotar, evoluir aqui, vai cair na Unidade Básica e o profissional lá vai conseguir ver o que aconteceu, que medicações foram usadas e a partir daí tomar uma conduta. É uma facilidade o prontuário eletrônico, ele agiliza muito o nosso rendimento, não é caro e o ganho para o paciente é muito grande [...] Quando o paciente é do município, facilita pelo fato do sistema ser o mesmo. (P1, P5, P6, P13, P16, P17, P18, P19, P20)*

O DSC2, composto pela fala da maioria dos participantes (n=16; 80%), apresenta as dificuldades reveladas pelos profissionais em relação à contrarreferência, as quais estão relacionadas às deficiências da Atenção Básica, o que envolve a falta de fluxo, de recursos humanos, principalmente médicos, de estrutura das unidades de saúde, bem como as questões burocráticas (Figura 1).

IC2: Dificuldades da contrarreferência relacionadas à Atenção Básica

DSC2: *Eu percebo que a contrarreferência basicamente inexistente, é muito rudimentar, não existe um fluxo, um desenho, não tem esse caminho para a rede básica. A UPA não funciona como parte de uma rede ainda. Já estamos mais adiantados [...] que tem o prontuário eletrônico, mas ainda falta uma conversa melhor entre os serviços. A atenção básica é complicada pela falta de recurso humano, de estrutura, existe falta de agenda [...], além de questões burocráticas. [...] Os pacientes dizem que por falta de médicos e pela demora no atendimento acabam não indo no posto e isso faz com que voltem sempre na UPA. [...] Eles vêm na UPA porque é certeza, sabem que vão ser atendidos, vão sair com tratamento, então, a maioria vem para cá, por praticidade, comodismo. A grande maioria dos pacientes atendida aqui é de baixa complexidade, mas a gente não pode negar o atendimento ou mandar de volta, todos são atendidos [...]. Com relação aos casos de pediatria, a contrarreferência [...] é um pouco desgastante para o paciente que não tem a vaga para ser encaixado [...] então já nem mando mais porque elas dizem que não tem pediatria. [...] (P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P14, P15, P16, P17, P18, P19)*

O DSC3, menos representativo em termos de número de depoimentos (n=3; 15%), apresenta as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da UPA na contrarreferência dos usuários para os serviços especializados, as quais se referem aos exames de maior complexidade e serviços ambulatoriais, geralmente requisitados pelo profissional médico. Essas dificuldades envolvem a demora no agendamento dos exames e das consultas ou o não agendamento destas por falta de médicos especialistas (Figura 1).

IC3: Dificuldades da contrarreferência relativas aos serviços especializados

DSC3: *Quando o paciente precisa de um exame mais complexo, uma ultrassonografia, tomo, ressonância, ele encontra dificuldades porque demora para agendar; dependendo da especialidade que a pessoa precisa, também demora [...] não tem especialista para encaminhar, o paciente fica sem atendimento ou vai para o privado. [...] então vem na UPA e a gente faz o tratamento, melhora, tenta fazer o acompanhamento com o especialista, mas não consegue a consulta. Por exemplo, um paciente com epilepsia que chega toda semana com quadro convulsivo, a gente explica que tem que ser acompanhado com o neurologista, e ele fala: Ah, estou aguardando. Então têm esses problemas da rede básica. (P13, P17, P18)*

DISCUSSÃO

As características dos participantes deste estudo podem ser favoráveis à elucidação da contrarreferência entre a UPA e os serviços da RUE, dentre as quais se destacam a faixa etária (31 a 40 anos), o tempo de atuação na UPA (dois a quatro anos), o tempo de conclusão da graduação (pelo menos dois anos), a formação complementar e a atuação em outros níveis da rede. Portanto, trata-se de um grupo relativamente jovem, egresso recente da graduação e/ou pós-graduação, com uma visão atualizada do sistema de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados com relação à formação complementar, nos níveis de residência e especialização, em estudo realizado com médicos e enfermeiros em UPAs no Rio de Janeiro⁽²⁰⁾.

Na análise do primeiro discurso, que trata das facilidades encontradas na contrarreferência, o acolhimento realizado ao usuário na Atenção Básica pode ser entendido como uma estratégia de comunicação que facilita a contrarreferência entre a UPA e a UBS. Nesse sentido, o acolhimento se torna um espaço potente para humanização dos serviços de saúde, mediante a escuta qualificada do usuário, identificação das suas necessidades e um trabalho realizado em equipe para a resolução do seu problema. O acolhimento é, portanto, uma ferramenta inerente não só ao trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), mas também orienta e facilita a organização do trabalho nas UPAs⁽²¹⁻²²⁾. Na perspectiva das boas práticas na AB, o acolhimento se converte em um ponto de intersecção entre diferentes sujeitos e as práticas de cuidado, desdobrando-se em dimensões, como diálogo, postura e reorganização dos serviços, desencadeando transformações no processo de trabalho, nas relações estabelecidas no espaço de cuidado e no âmbito organizacional⁽²³⁾.

As boas relações interpessoais entre os profissionais dos diferentes pontos da RUE, como estratégia para o encaminhamento do usuário de um serviço para o outro, é também uma facilidade para acessar os serviços de outros níveis. Na integração das UPAs com a rede assistencial, o contato pessoal é a prática que prevalece⁽⁴⁾ e, nas Centrais de Regulação, apesar do processo normativo, algumas situações podem ocorrer pela rede de relações pessoais, como fluxos paralelos, criados para a efetivação da ação profissional⁽²⁴⁾. Estudos corroboram as relações interpessoais como práticas alternativas devido à comunicação precária para integração entre os serviços^(4,24).

Desse modo, apesar dos participantes ressaltarem as boas relações interpessoais como uma facilidade à contrarreferência, esse tipo de prática utilizada para viabilizar o percurso do usuário entre os pontos de atenção à saúde é uma estratégia informal

de integração entre os serviços que, da forma como vem sendo realizada, sinaliza as dificuldades da rede de atenção às urgências.

Ainda emergiu, no primeiro discurso, o prontuário eletrônico em rede como uma ferramenta a qual pode facilitar a intercomunicação nos pontos de atenção. A ênfase deste facilitador reside no reconhecimento pelos profissionais da UPA que sua implantação em rede promoveu o acesso ao histórico de saúde do paciente atendido na UBS. Todavia, o prontuário eletrônico é restrito ao território municipal, que inclui todas as UBS, mas a UPA é integrante de um território microrregional. Quando o usuário reside no município sede da UPA, o prontuário eletrônico facilita a contrarreferência local, porém, para o usuário de outro município que acessa a mesma UPA, em que os profissionais não têm meio de acionar os antecedentes para uma abordagem mais integral do cuidado, torna-se um aspecto limitante à contrarreferência.

No município em questão, o sistema eletrônico de prontuário utilizado é denominado Tríplice Registro Eletrônico de Saúde (Tríplice RES). Em Curitiba, Paraná, os estabelecimentos de saúde utilizam o sistema eletrônico E-saúde, que funciona como instrumento de referência e contrarreferência e interliga os serviços municipais de saúde⁽⁵⁾. Por outro lado, há estudos que mostram a carência⁽²⁵⁾ e/ou a ausência⁽²⁶⁾ de prontuários eletrônicos nos estabelecimentos de saúde, sendo o usuário, na maioria das vezes, o principal interlocutor da informação entre os diferentes níveis de atenção, fato que gera uma comunicação precária entre os níveis de atenção e a descontinuidade no cuidado.

Entretanto, destaca-se que a implantação de prontuário eletrônico em todo o território nacional é imprescindível para a melhoria da qualidade da assistência⁽²⁵⁾, uma vez que o registro eletrônico de saúde potencializaria o atendimento ao usuário e a gestão clínica⁽²⁷⁾. Estudo australiano mostrou que sua adoção é bastante baixa, utilizado predominantemente em hospitais, embora continue a crescer e de modo significativo, cada vez mais presente na Atenção Primária⁽²⁷⁾, como também mostram estudos nacionais^(5,28). No Brasil, esse tipo de comunicação vem sendo estimulada com a implantação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), operacionalizado por meio da estratégia e-SUS Atenção básica (e-SUS AB)⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Na análise do segundo discurso, o conjunto de dificuldades (inexistência de fluxo, falta de recurso humano – médicos, de estrutura, de agendamento e as questões burocráticas) enfrentadas pelos profissionais da UPA na contrarreferência interfere na compreensão da AB como porta de entrada prioritária e de coordenação do sistema de cuidado. Isto pode ser percebido quando os usuários utilizam o atendimento da UPA para resolver as queixas que poderiam, ao menos inicialmente, ser atendidas no primeiro nível de atenção, forçando a UPA a funcionar como unidade receptora de demandas da AB, juntamente com a prestação de cuidados às situações e agravos agudos e de urgência, que são sua razão de existir. As UPAs parecem acolher uma demanda reprimida que provém da insuficiência de oferta de serviços e da restrição do horário de atendimento da AB^(4,31-32).

Considerando que as UPAs devem se articular com a AB e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico construindo e ordenando fluxos coerentes e efetivos de contrarreferência⁽¹¹⁾, a definição de tais fluxos e contrafluxos de atendimento é fundamental para proporcionar o acesso e o cuidado continuado. Nesse sentido,

as UPAs como serviços de urgência e emergência, quando bem articuladas na rede, fortalecem a ação da AB⁽³¹⁾.

Para os profissionais, as deficiências da AB culminam na ausência de contrarreferência tanto da população adulta quanto da pediátrica, como mostra o segundo discurso. Estudo que avaliou a assistência à criança menor de dois anos de idade na ESF também revelou ausência de contrarreferência, bem como desencontros entre necessidades e oferta de serviço⁽³³⁾. Para a maioria dos profissionais, a contrarreferência para a AB não acontece, é deficitária, o que sinaliza fragmentação na assistência à saúde⁽³⁴⁾.

A inexistência de fluxo dos usuários para a AB, revelada no DCS2, é corroborada pela literatura. No município do Rio de Janeiro, no período diurno, quando os serviços da AB e da UPA estão funcionando, não há formato de comunicação determinado, não existem fluxos formais para contrarreferenciar os pacientes da UPA⁽⁴⁾. Em Florianópolis, Santa Catarina, a indefinição de fluxos de contrarreferência se apresenta como uma das limitações de um serviço em rede⁽³¹⁾.

Todavia, as dificuldades da contrarreferência dos usuários atendidos na UPA não estão relacionadas somente à AB, mas também aos serviços especializados, como evidenciado no DSC3. Este discurso, embora menos representativo pelo número de depoimentos que o constituíram, é altamente significativo para a compreensão das dificuldades de contrarreferência na RUE, uma vez que se configuram como barreiras de acesso à atenção especializada, as quais limitam o grau de integração entre os serviços, com conseqüente fragmentação do cuidado⁽¹⁾. As dificuldades expressas neste discurso, que envolvem o tempo de espera prolongado e/ou a oferta insuficiente de exames e consultas médicas especializadas, foram identificadas em outras realidades do país, como em São Paulo⁽³⁵⁾, Minas Gerais⁽¹⁾, Bahia⁽³²⁾ e Pernambuco⁽³⁶⁻³⁷⁾, o que denota serem importantes problemas à contrarreferência na atenção à saúde da população.

Entretanto, as dificuldades de acesso ao atendimento especializado não são exclusivas do país. O tempo de espera prolongado, especialmente para exames específicos, como os de imagem e para consultas com os especialistas, foram evidenciados na Espanha⁽⁸⁾ e no Canadá⁽³⁸⁻³⁹⁾, respectivamente, o que ocasionou interrupções no processo de diagnóstico e tratamento, e a busca por cuidados de saúde privados⁽⁸⁾, também revelada na presente pesquisa.

Ao mesmo tempo em que o atendimento às demandas de procedimentos e de consultas é promovido por meio do acolhimento do usuário na UBS, como manifestado no DSC1, a busca da continuidade do cuidado pode ser prejudicada quando há necessidade de acessar os serviços especializados, haja vista que as consultas, exames e procedimentos nesses serviços são oferecidos por cotas municipais, mediante a Programação Pactuada Integrada (PPI), calculada pela oferta e não pela necessidade da população. A PPI é delimitada por níveis de complexidade da rede de serviços e, para que o acesso se realize, torna-se necessário o cumprimento dos fluxos de referência, a oferta via regulação, considerando a capacidade física instalada⁽⁹⁾ dos prestadores públicos e privados, bem como a cota física e financeira estabelecida.

Desse modo, no discurso dos profissionais, o difícil acesso aos serviços especializados no sistema público de saúde, de certa forma, direciona os usuários para a assistência à saúde suplementar, por meio de planos privados de saúde, setor que desempenha um papel crucial na provisão de serviços, e que se desenvolve devido

à existência de um mercado de serviços de saúde não regulado ou regulado de modo incompleto pelo governo⁽⁴⁰⁾. A análise do acesso aos serviços especializados permite afirmar que a atenção de média complexidade é o gargalo do SUS na atualidade⁽⁴¹⁾ e que o mesmo requer especial atenção dos gestores do sistema público de saúde.

Limitações do estudo

O estudo, limitado à participação de médicos e enfermeiros de uma UPA, não permite a generalização dos resultados. Ademais, o quantitativo maior de médicos em relação ao de enfermeiros pode ter direcionado os achados para a perspectiva biomédica, em especial, no que se refere às dificuldades da contrarreferência, com valorização da Atenção à Saúde médica e especializada, com foco na doença. Contudo, teve-se o cuidado de convidar todos os profissionais médicos e enfermeiros do serviço para participar da pesquisa.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O estudo sinaliza que as dificuldades da contrarreferência da UPA não envolvem diretamente a Enfermagem e que esta pode estar presente nas estratégias de comunicação que facilitam a contrarreferência, principalmente pelo acolhimento na Atenção Básica. Os resultados poderão subsidiar melhorias no município e região no tocante à contrarreferência da UPA e às facilidades elencadas na mesma, se aplicadas em outras realidades do estado ou país, podendo favorecer a consolidação da RUE, respeitadas as peculiaridades dos diferentes contextos. Além disso, o estudo amplia o conhecimento sobre o tema no âmbito nacional e possibilita reflexões pelos gestores e formuladores da PNAU, contribuindo para o seu aperfeiçoamento, bem como da RUE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As facilidades da contrarreferência na UPA correspondem às estratégias de comunicação com a Atenção Básica: acolhimento; boas relações interpessoais; e prontuário eletrônico em rede. Em relação às dificuldades, estas se vinculam às deficiências da Atenção Básica e dos serviços especializados. Na Atenção Básica, há insuficiência de médicos, problemas de estrutura, de agendamento de consultas e questões burocráticas, enquanto que nos serviços especializados, os exames mais complexos e as consultas ficam comprometidos pela demora no agendamento ou pela falta de médicos especialistas.

A análise da contrarreferência em uma UPA da região da Grande Florianópolis permitiu identificar que as dificuldades na mesma foram reveladas por um número maior de profissionais quando comparadas às facilidades, indicando que são expressivos os desafios em busca da integração entre os pontos de atenção às urgências.

Futuras investigações com os profissionais de saúde de outros pontos da rede de urgência (Atenção Básica e serviços especializados) poderão permitir o confronto dos resultados elencados e aprofundar o conhecimento produzido acerca da contrarreferência.

FOMENTO

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), mediante Edital nº 007/2013 – Pesquisa para o SUS, e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a qual concedeu bolsa a uma das autoras durante o seu doutoramento para o desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Vieira EW, Gazzinelli A. [Degree of integration of Primary Health Care of a small municipality in the Health Services Network]. *Saúde Soc [Internet]*. 2017 [cited 2017 Dec 20];26(2):448-61, 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170100>. Portuguese.
2. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. [Solvability of the caretaking in primary care: multiprofessional articulation and services network]. *Saúde Debate [Internet]*. 2014 [cited 2017 Nov 15];38(103):733-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>. Portuguese.
3. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Care integration in a health region: a paradox between regional needs and local interests. *Saúde Soc [Internet]*. 2016 [cited 2017 Dec 28];25(2):320-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>. English, Portuguese.
4. Konder MT, O'Dwyer G. [The integration of the Emergency Care Units (UPA) with healthcare services in the city of Rio de Janeiro, Brazil]. *Interface [Internet]*. 2016 [cited 2017 Nov 30];20(59):879-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0519> Portuguese.
5. Uchimura LYT, Viana ALD, Silva HP, Ibañez N. [Emergency Care Units (UPAs): management features to the care networks in Paraná]. *Saúde Debate [Internet]*. 2015 [cited 2017 Nov 30];39(107):972-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>. Portuguese.
6. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. The process of implementation of emergency care units in Brazil. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2017 [cited 2017 Dec 28];51:125. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000072>
7. Urada D, Teruya C, Gelberg L, Rawson R. Integration of substance use disorder services with primary care: health center surveys and qualitative interviews. *Subst Abuse Treat Prev Policy [Internet]*. 2014 [cited 2017 Dec 17];9:15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3978198/pdf/1747-597X-9-15.pdf>
8. Waibel S, Vargas I, Aller MB, Coderch J, Farré J, Vázquez ML. Continuity of clinical management and information across care levels:

- perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 26];16:466. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5010665/pdf/12913_2016_Article_1696.pdf
9. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. [Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba]. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 20];38(Spec):209-20, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>. Portuguese.
 10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.559, de 1º de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*; 2008 [cited 2017 Dec 30]. Jul 8, Seção 1: p. 48. [about 06 screens]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
 11. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.600, de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*; 2011 [cited 2017 Dec 30]. Oct 06, Seção 1: p. 56. [about 03 screens]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
 12. Ministério da Saúde (BR), 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Dec 10]. 86 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
 13. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 104, de 15 de Janeiro de 2014. Altera a Portaria n. 342/GM/MS, de 04 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*; 2014 [cited 2017 Dec 30]. Mar 04, Seção 1: p. 47. [about 06 screens]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html
 14. Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LCSO. Psychosocial attention of children and adolescents: interfaces with the health network by the referral and counter-referral system. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 28];26(3):e1890014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>. English, Portuguese.
 15. Garcia VM, Reis RK. [Profile of users assisted in a non-hospital emergency unit]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 15];67(2):261-67. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140035>. Portuguese.
 16. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 20];22(4):1141-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. English, Portuguese.
 17. O'Dwyer G, Konder MT, Machado CV, Alves CP, Alves RP. The current scenario of emergency care policies in Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 10];13:70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598552/pdf/1472-6963-13-70.pdf>
 18. Mendes EV. [Comments about Health Care Networks in SUS]. *Divulg Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 30];(52):38-49. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Portuguese.
 19. Lefèvre F, Lefèvre AM. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2 ed. Brasília: Liber Livro; 2012. 224 p.
 20. Machado CV, Lima LD, O'Dwyer G, Andrade CLT, Baptista TWF, Pitthan RGV, et al. [Workforce management in Emergency Care Units: government strategies and profile of healthcare professionals]. *Cad Saúde Pública*, 2016 [cited 2017 Dec 20];32(2):e00170614. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00170614>. Portuguese.
 21. Costa PCP, Garcia APRF, Toledo VP. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 28];25(1):e4550015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. English, Portuguese.
 22. Machado LM, Colomé JS, Silva RM, Sangoi TP, Freitas NQ. The meaning of professional making at family health strategy: primary care as scenario practice. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 10];8(1):4026-35. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3384/pdf_1829
 23. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. User embracement as a good practice in primary health care. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 20];22(1):132-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>. English, Portuguese.
 24. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. [Access to SUS: representations and practices of professionals developed in regulation centers]. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 11];22(1):119-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>. Portuguese.
 25. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. [Electronic Medical Record: a tool that can contribute to integration of Health Care Networks]. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 11];37(96):43-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100006>. Portuguese.
 26. Santos AM, Giovanella L. [Family health strategy in care coordination in a health administrative region in Bahia, Brazil]. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 30];40(108):48-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080004>. Portuguese.

27. Nguyen L, Bellucci E, Nguyen LT. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *Int J Med Inform* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 30];83(11):779-96. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505614001233?via%3Dihub>
28. Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. [Family Health Strategy in Florianópolis: integration, coordination and position in the local healthcare network]. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 20];20(4):991-1004. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400016>. Portuguese.
29. Oliveira AEC, Lima IMB, Nascimento JA, Coelho HFC, Santos SR. [Implementation of e-SUS AB in Sanitary District IV of João Pessoa (PB): experience report]. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 20];40(109):212-18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610917>. Portuguese.
30. Medeiros JB, Holmes ES, Albuquerque SGE, Santos SR. O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma Estratégia Saúde da Família. *Rev APS* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 28];20(1):145-9. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2706/1070>
31. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. Secondary health care: best practices in the health services network. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 10]; 21(Spec):131-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>. English, Portuguese.
32. Santos AM, Giovanella L. [Managing comprehensive care: a case study in a health district in Bahia State, Brazil]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 15];32(3):e00172214. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00172214>. Portuguese.
33. Silva AS, Fracoli LA. Evaluating child care in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 15];69(1):54-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>. English, Portuguese.
34. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. *Revista APS* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 20];16(3):287-93. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1888/746>
35. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional primary healthcare units and family healthcare strategy units in the perspective of users. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 20];22(3):780-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300026>. English, Portuguese.
36. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. [Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco]. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 26];38(Esp):182-94. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>. Portuguese.
37. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. [From normative aspects to the reality of the Unified Health System: revealing barriers that curtail access to the health care network]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 20];9(4):1283-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Portuguese.
38. Harrington DW, Wilson K, Rosenberg M, Bell S. Access granted! barriers endure: determinants of difficulties accessing specialist care when required in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 27];13:146. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-13-146?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>
39. Jaakkimainen L, Glazier R, Barnsley J, Salkeld E, Lu H, Tu K. Waiting to see the specialist: patient and provider characteristics of wait times from primary to specialty care. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 27];15:16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3912928/pdf/1471-2296-15-16.pdf>
40. Costa NR. Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector dominant, government sector failing. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 26];22(4):1065-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28192016>. English, Portuguese.
41. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPA. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 26];22(4):1109-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. English, Portuguese.