

DIFICULDADES DA CONTRARREFERÊNCIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: IMPACTO DA COVID-19

Brenda Meinschein Freitas¹ 
Eliane Regina Pereira do Nascimento¹ 
Patricia Madalena Vieira² 
Luciana Bihain Hagemann de Malfussi¹ 
Fernanda Forster¹ 
Mirelly do Amaral¹ 
Ximena Alejandra Navarro Maldonado³ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³Universidad de Magallanes, Departamento de Enfermería. Magallanes, Punta Arenas, Chile.

RESUMO

Objetivo: descrever a influência da pandemia pela COVID-19 na contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento.

Método: pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com 13 profissionais de saúde. 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 cinco discursos sobre a influência da pandemia na contrarreferência, os quais revelam as dificuldades nesse processo: antes da pandemia destacou-se a superlotação de unidades básicas de saúde específicas que não conseguiam absorver a demanda populacional e a falta de profissionais nas equipes; durante a pandemia a dificuldade foi em relação à priorização dos atendimentos de pacientes sintomáticos respiratórios nas unidades básicas e ao uso de tecnologia de comunicação nos atendimentos e agendamento de consultas; no momento da transpandemia segue a dificuldade de atendimento nas unidades básicas e a consequente sobrecarga na Unidade de Pronto Atendimento.

Conclusão: a COVID-19 impactou negativamente na concretização da contrarreferência com dificuldades de logística, recursos e estrutura, representadas no acesso da população em geral, ainda mais limitado às unidades básicas com a pandemia.

DESCRITORES: Pesquisa em enfermagem. Pesquisa qualitativa. Serviços médicos de emergência. Encaminhamento e consulta. Cuidado transicional. Enfermagem. Pandemias. COVID-19.

COMO CITAR: Freitas BM, Nascimento ERP, Vieira PM, Malfussi LBH, Forster F, Amaral M, Maldonado XAN. Dificuldades da contrarreferência em unidade de pronto atendimento: impacto da COVID-19. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2024 [acesso MÊS ANO DIA]; 33:e20240091. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0091pt>

COUNTER-REFERRAL DIFFICULTIES IN AN EMERGENCY CARE UNIT: IMPACT OF COVID-19

ABSTRACT

Objective: to describe the influence of the COVID-19 pandemic on counter-referral in an Emergency Care Unit.

Method: a descriptive, qualitative study conducted with 13 health professionals. Data were collected through individual, semi-structured interviews and analyzed using the Collective Subject Discourse technique.

Results: five speeches were extracted from the interviews about the influence of the pandemic on counter-referral which reveal the difficulties in this process: before the pandemic, overcrowding of specific basic health units that were unable to absorb the population demand and a lack of professionals in teams stood out; the difficulty during the pandemic was in relation to prioritizing care for respiratory symptomatic patients in basic units and the use of communication technology in care and scheduling appointments; there is still difficulty in the transpandemic time in providing care in basic units and the consequent overload in the Emergency Care Unit.

Conclusion: COVID-19 had a negative impact on implementing counter-referral with difficulties in logistics, resources and structure, represented by access for the general population, which was even more limited in basic units due to the pandemic.

DESCRIPTORS: Nursing research. Qualitative research. Emergency medical services. Referral and consultation. Transitional care. Nursing. Pandemics. COVID-19.

DIFICULTADES DE CONTRAREFERENCIA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA: IMPACTO DEL COVID 19

RESUMEN

Objetivo: describir la influencia de la pandemia de COVID-19 en la contrarreferencia en una Unidad de Atención de Emergencia.

Método: investigación descriptiva, cualitativa, realizada con 13 profesionales de la salud. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales semiestructuradas y analizados mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo.

Resultados: de las entrevistas se extrajeron cinco discursos sobre la influencia de la pandemia en la contrarreferencia, que revelan las dificultades de este proceso: antes de la pandemia, la sobrepoblación de unidades básicas de salud específicas que no lograron absorber la demanda de la población y la falta de profesionales destacaron en equipos; durante la pandemia, la dificultad estuvo en relación con la priorización de la atención a pacientes sintomáticos respiratorios en unidades básicas y el uso de tecnologías de comunicación en la atención y programación de citas; en el momento de la transpandemia aún existe dificultad para brindar atención en las unidades básicas y la consecuente sobrecarga en la Unidad de Atención de Emergencias.

Conclusión: El COVID-19 impactó negativamente en la implementación de la contrarreferencia con dificultades en logística, recursos y estructura, representadas en el acceso de la población en general, que quedó aún más limitado a las unidades básicas debido a la pandemia.

DESCRIPTORES: Investigación en enfermería. Investigación cualitativa. Servicios médicos de emergencia. Referencia y consulta. Atención de transición. Enfermería. Pandemias. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, no início de 2020, arquitetou um cenário mundial desafiador em relação à saúde pública com a disseminação internacional da doença¹. Neste meandro, o Brasil, por ser um país marcado por contextos diversificados, principalmente em relação a desigualdades, seja pela oferta de serviços de saúde ou pelo acesso, em especial aos serviços de média e alta complexidade, também sofreu consequências da pandemia².

Diante disso, a reorganização da Rede de Atenção à saúde (RAS), por meio de fluxos de atendimentos aos pacientes, e as funções de cada ponto de atenção e articulação entre eles, por meio do 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 doença³.

A atenção primária à saúde (APS) 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, sendo um fator imprescindível para o enfrentamento da pandemia⁴.

É importante destacar, também, o papel das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) neste contexto. Essas são unidades que têm como objetivo atender pacientes com quadros de saúde de complexidade intermediária. Sendo assim, podem resolver grande parte das urgências e emergências. Durante a pandemia, os serviços de saúde precisaram passar por grandes reorganizações e nesse processo as UPA atuaram de maneira vigorosa no atendimento aos pacientes com suspeita dessa doença, desde a sua recepção na unidade, triagem, consultas, coletas de exames, retestes, diagnóstico, até a estabilização, alta e transferências dos pacientes⁵.

Nesse intrincado, destaca-se a transição do cuidado, definida como um grupo de ações planejadas para garantir a coordenação segura e a continuidade do cuidado quando pacientes passam por uma mudança em sua situação de saúde ou precisam ser transferidos de uma localização a outra no mesmo serviço, ou mesmo entre diferentes níveis do cuidado à saúde⁶. Neste movimento, configura-se a contrarreferência ou comunicação vertical como uma estratégia facilitadora do processo de transição do cuidado entre os pontos de atenção da RAS, fundamental para a continuidade da assistência à saúde⁷.

Contudo, a literatura destaca a incipiência na transição do cuidado entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas, com repercussão não apenas na continuidade da atenção como na segurança do paciente⁸. Assim, considerando-se que é atribuída à APS a coordenação do cuidado e ordenação da RAS, recomenda-se desenvolver um sistema de regulação centrado na APS, utilizando-se protocolos clínicos que favoreçam a qualificação do processo de referência e contrarreferência⁹.

Diante do exposto, o presente estudo se justifica pela relevância da contrarreferência na transição do cuidado da UPA para a APS com vistas à continuidade da atenção em saúde e segurança do paciente, sobretudo, em contexto de pandemia. Tem-se como pergunta norteadora da pesquisa: Como a pandemia pela COVID-19 influenciou a contrarreferência em uma UPA? O estudo objetivou descrever a influência da pandemia pela COVID-19 na contrarreferência em uma UPA.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, reportado conforme o guia internacional *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁰, 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.



Participaram do estudo 13 profissionais, considerando-se como critérios de inclusão: ser médico ou enfermeiro voltado para o atendimento clínico adulto na UPA, com atuação no período antes, durante e transpandemia com participação na contrarreferência. Não foram adotados critérios de exclusão na investigação e a amostragem foi por conveniência.

Antes de iniciar o estudo, foi realizado contato presencial com o Coordenador de Enfermagem da UPA, apresentado os objetivos do projeto e a técnica de coleta de dados, solicitado divulgar o projeto junto aos profissionais médicos e enfermeiros, estimular a participação, e solicitado a permissão para iniciar a coleta de dados.

Os profissionais que atenderam aos critérios de elegibilidade foram convidados pessoalmente no horário de trabalho 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 a assinatura do 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 semiestruturada individual, com questões relacionadas às características pessoais dos participantes (idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação profissional e formação complementar), e referentes à transferência do paciente da UPA para a APS antes e no período transpandemia da COVID-19.

O roteiro utilizado na entrevista foi adaptado do estudo¹¹. As entrevistas foram realizadas por uma das autoras, na sua maioria, de forma presencial em ambiente privativo na UPA, no período diurno e noturno, tiveram um tempo médio de 25 minutos, e foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Duas entrevistas ocorreram de modo online por meio de plataforma digital de acesso gratuito. O término das entrevistas se deu quando todos os profissionais que aceitaram participar do estudo foram entrevistados. As transcrições foram entregues pessoalmente aos participantes para validação.

Na análise, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹², que compreende um discurso-síntese elaborado com partes dos depoimentos de sentido semelhante. A técnica envolve as figuras metodológicas Expressão-Chaves (EC), que constituem trechos de maior relevância dos depoimentos e permite destacar as Ideias Centrais (IC), que expressam o sentido ou significado do depoimento. A Ancoragem (AC) foi utilizada quando o autor do discurso utiliza base teórica ou ideológica para fundamentar o seu depoimento. Neste estudo não foi identificada a figura AC. Por fim, utilizou-se, também, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é o resultado do agrupamento das EC, cujas IC ou AC tenham um sentido semelhante¹².

Os depoimentos foram transcritos para o programa *Microsoft Word*, agrupados e organizados conforme a pergunta realizada e a resposta de cada profissional. Nos depoimentos, foram identificadas as EC e as respectivas IC. Posteriormente, as EC de todos os participantes cujas IC eram semelhantes ou complementares deram origem aos DSC. Não foi utilizado *software* na análise dos dados.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução n.º 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. Os participantes assinaram o TCLE e foram identificados pela letra "E" (entrevistado), seguida pelo número de sequência das entrevistas (E1, E2...).

RESULTADOS

Dos 24 profissionais elegíveis, 13 participaram do estudo. Os 11 não participantes tiveram motivos diversificados como desinteresse ou desistência, falta de resposta após contato por Whatsapp® para a entrevista ou licença saúde.

Participaram do estudo 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 maioria dos profissionais (n=11; 85%) se autodeclarou branco. Quanto à formação profissional a maioria (n=10;

77%) concluiu o curso de graduação há mais de dez anos. Todos os 13 entrevistados (100%) possuem formação complementar, destacando-se as Especializações em diferentes áreas como oncologia, dermatologia, obstetrícia, auditoria, saúde pública, geriatria, enfermagem do trabalho, acupuntura e terapia intensiva, com destaque para a Especialização em urgência e emergência (n=5;38,5%).

Dos 13 participantes, apenas dois têm residência (oncologia e medicina de família e comunidade) e um possui mestrado (saúde coletiva).

Emergiram cinco DSC dos depoimentos. O DSC1 retrata as dificuldades dos profissionais da UPA na contrarreferência antes da pandemia, o que envolve a superlotação de determinadas UBS, que não conseguem absorver a demanda populacional, assim como a falta de profissionais ou mesmo de equipes de saúde nessas unidades.

IC1: Unidades básicas específicas superlotadas e com equipes defasadas

DSC1: *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 UBS 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 informava que não tinha médico para atender. Então, esses pacientes acabavam retornando à UPA. Isso acontece sempre, nunca deixou de acontecer, mas na pré-pandemia era menos do que atualmente (E2, E3, E5, E7, E8, E9, E10 e E11).*

O DSC2 evidencia como dificuldade, durante o período pandêmico, 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 rotineiro na APS.

IC2: Priorização do atendimento aos casos de COVID-19 na UBS

DSC2: *Com a pandemia a contrarreferência piorou, porque as unidades de saúde priorizaram o atendimento dos pacientes respiratórios. Então, os outros pacientes não sintomáticos foram um pouco deixados de lado. Entendo que foi necessário no início da pandemia, mas 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, o encaminhando dos pacientes da UPA para a UBS ficou praticamente inexistente (E3, E4, E5, E7, E9, E10, E11, E12 e E13).*

Também, em relação ao período pandêmico, o DSC3 retrata as dificuldades dos pacientes em ter acesso à informação, à equipe de saúde do seu território e aos agendamentos de consultas nas UBS com o uso de tecnologia implantada, a priori, para facilitar tal acesso.

IC3: Uso de tecnologias para atendimento na UBS durante a pandemia: Whatsapp® na contrarreferência

DSC3: *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 ficou difícil priorizar quem necessita de uma resposta mais urgente. Utilizar o Whatsapp® para o atendimento por um lado foi bom porque eles conseguiram atender mais pessoas e resolver alguns processos como a renovação de receitas pelo Whatsapp®, mas também foi ruim, porque nem todas as pessoas conseguem o acolhimento necessário. Então, o que eu percebo em relação*

aos relatos que recebo dos pacientes, é que o acesso ficou mais difícil. As queixas voltavam-se à 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, E11 e E13).

O DSC4 revela na transpandemia a dificuldade dos pacientes no acesso à UBS, após o encaminhamento médico. Dentre os componentes dessa fragilidade, foram destacados o longo tempo de espera para a consulta e a dificuldade de acesso à equipe de saúde da família.

IC4: O médico encaminha para a Unidade Básica de Saúde, mas o paciente volta para a UPA

DSC4: *Eu acho que a principal fragilidade é a dificuldade do paciente conseguir atendimento na UBS, porque eles acabam voltando. Existem relatos da dificuldade em fazer agendamento. Às vezes, o tempo de espera é de dois, três, quatro dias. Muitas vezes, o médico encaminha para o centro de saúde e alguns dias depois o paciente retorna à 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 na UBS é barrado. Então, a contrarreferência nesse sentido é ruim com a UBS. Eu acho que isso é uma dificuldade no sistema, devia ter uma organização que eles pudessem ser absorvidos de uma maneira diferente (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11 e E12)*

O DSC5 traz a percepção dos profissionais de saúde em relação ao aumento da demanda não emergencial na UPA no período transpandemia consequente à dificuldade de atendimento nas unidades básicas e pelo imediatismo dos pacientes em conseguir atendimento.

IC5: Aumento da demanda não emergencial na UPA na transpandemia

DSC5: *Aumentou muito a procura de pacientes com demandas que não eram de urgência e emergência aqui na UPA. Como é uma unidade de pronto atendimento e tem uma resposta ao paciente, por mais que 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-se uma cultura da população procurar direto a UPA e aumentou demais a demanda na unidade. Alguns postos de saúde ainda não retomaram os atendimentos eletivos, 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 na UBS (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9 e E13).*

DISCUSSÃO

A transição do cuidado entre os pontos da RAS com vistas a uma atenção à saúde integral, contínua, coordenada e que satisfaça as necessidades de saúde passa pela contrarreferência e pode ser favorecida pela adequada organização para os encaminhamentos entre os serviços de complexidades distintas¹³. Nesse sentido, o presente estudo, no qual se debruçou para compreender como a pandemia pela COVID-19 influenciou a contrarreferência em uma UPA, revelou dificuldades no encaminhamento nos períodos pré-pandemia, durante e transpandemia.

As dificuldades na contrarreferência, relacionadas ao acesso aos serviços de atenção primária existentes no período pré-COVID-19, destacaram-se ainda mais com a pandemia. Em consonância, estudo de revisão de escopo¹⁴ acerca do impacto da COVID-19 na APS evidenciou que a pandemia colocou uma pressão adicional sobre as dificuldades pré-existentes enfrentadas na integração de percursos de cuidados para pacientes com grandes necessidades sociais e de saúde¹⁵.

No tocante à superlotação de UBS específicas e à falta de profissionais ou mesmo de equipes de saúde da família, entendidas no presente estudo (DSC1) como dificuldades à contrarreferência na UPA, são corroboradas pela literatura como anteriores à pandemia. Compreende-se que a falta de profissionais na APS é uma dificuldade de muitos anos e que a iniciativa da ESF, implantada em 1994, foi uma tentativa de adequar esse serviço para o aumento da cobertura populacional e incentivo à proximidade entre os pacientes e a sua unidade de referência, que teve resultados a partir dos anos 2000. Entretanto, essa expansão tinha um ritmo diferente quando avaliada diferentes regiões do Brasil¹⁶.

Assim, em 2013, ocorreu a implementação do Programa Mais Médicos (PMM), que preconizava a contratação emergencial de médicos, maior investimento na atenção primária e a expansão na formação de médicos, com foco na valorização das unidades básicas¹⁷. Tal estratégia contribuiu para o fortalecimento da cobertura populacional e organização das ESF já implantadas. Porém, essa cobertura ainda é desigual no país, pois, mesmo com estratégias, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ainda é um dos desafios predominantes¹⁸.

Apesar das dificuldades de acesso às UBS, não há como negar o importante papel desempenhado pela APS 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. Tal ação auxiliou na diminuição da transmissibilidade da doença¹⁹⁻²⁰. Além da vigilância em saúde, os serviços da APS atuavam na atenção direta aos pacientes com COVID-19. O cuidado era prestado àqueles que apresentavam quadros leves ou moderados, sendo separados dos casos não sintomáticos que necessitavam de atenção presencial. Os casos que necessitavam de uma maior densidade tecnológica eram encaminhados para outros pontos de atenção, visando à continuidade do cuidado²¹.

Ainda, ressalta-se que as ações na APS para a contenção da proliferação viral mostraram-se essenciais na proteção do sistema de saúde, contribuindo para o controle da sobrecarga da alta complexidade. Nesse sentido, uma experiência de construção e implantação de um fluxograma para atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 impactou no direcionamento e na acessibilidade dos pacientes atendidos nas UBS, reduzindo a superlotação nas UPAS e nos hospitais de referência²².

Se, por um lado, a APS atuou favoravelmente no enfrentamento da pandemia, por outro, a priorização dos atendimentos de casos de COVID-19 na UBS refletiu negativamente no acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas e de gestantes na atenção primária, como revelou o discurso dos participantes (DSC2). Isso é particularmente relevante se considerado o fato de que hipertensos, diabéticos, grávidas e crianças menores de cinco anos constituem os grupos de maior risco para a COVID-19²³.

A literatura internacional corrobora que a pandemia ocasionou interrupções substanciais na prestação de cuidados primários de rotina, com destaque na perda de seguimento dos cuidados voltados aos pacientes crônicos²⁴, justificadas pelo aumento no número de pacientes com sintomas gripais e a sobrecarga dos servidores de saúde²⁵. As interrupções no gerenciamento de doenças crônicas, causadas pela priorização dos cuidados agudos e urgentes, sinalizam a necessidade de reforçar a capacidade dos cuidados primários para promover um acesso mais ampliado aos serviços de saúde regulares durante as pandemias e para diminuir os potenciais efeitos nocivos do atraso nos cuidados para os pacientes²⁴.

Em consonância, estudo destaca que é imprescindível dar continuidade aos cuidados rotineiros na APS, uma vez que as demandas de saúde permanecem e a suspensão de serviços nesse ponto

de atenção pode agravar situações de saúde-doença e aumentar o risco de sofrimento e de morte por outras causas²³

Estudo realizado em Singapura implementou na APS um indicador de processo e regularidade de acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas, como o número de consultas de acompanhamento, os tipos de serviços prestados e os parâmetros clínicos que permaneçam dentro da faixa ideal por meio de incentivo financeiro para os médicos, assim, prevenindo uma possível deterioração desses pacientes e necessidade subsequente de cuidados especializados²⁶

Outras dificuldades relativas à contrarreferência na UPA durante a pandemia foram atribuídas ao uso da tecnologia de comunicação (DSC3), implantada por ocasião da COVID-19, a priori, para facilitar o acesso aos serviços da APS, mas que prejudicou o acesso do paciente à informação, à equipe de saúde do seu território e aos agendamentos de consultas nas UBS.

Justifica-se que a atenção primária teve que remodelar os fluxos de atendimentos para dar continuidade as suas ações primordiais. Para isso, foram adotadas medidas, principalmente em relação ao uso de tecnologias de informação e comunicação, como consultas por vídeo chamadas (teleconsultas), renovação de receita e busca por medicação por meio de aplicativo de mensagem (*WhatsApp*®), essencialmente aos pacientes com condições crônicas e pertencentes a grupos prioritários como gestantes e lactentes²⁰⁻²¹

Estudo internacional corrobora que a reorganização dos cuidados primários ocasionou, muitas vezes, a redução do acesso e da qualidade do atendimento, com consequências adversas para a saúde de muitos pacientes e, talvez, mais gravemente para os vulneráveis, incluindo aqueles com problemas de saúde existentes, populações mais idosas, vítimas de violência doméstica e pessoas com graves problemas psicológicos e/ou de dependência²⁷

Neste meandro, estudo recomenda que desenvolver um sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da informação, comunicação e protocolos clínicos qualificam o processo de referência e contrarreferência e fortalecem a APS como elemento estruturante do SUS⁹

Desse modo, diferente do evidenciado nesta pesquisa, a contrarreferência da UPA não pode ter como barreira limitadora de acesso o forte apelo ao uso da tecnologia nas UBS. É preciso flexibilizar as normas, muitas vezes, e considerar a possibilidade de que nem todos os pacientes são dotados deste recurso ou dominam o seu uso, o que os colocam em situação de mais ou menos vulnerabilidade social. Em concordância, estudo sugere que, daqui em diante, os cuidados primários devem exercer maior flexibilidade, resiliência e capacidade de resposta para otimizar os resultados de saúde dos pacientes e melhorar a prestação de serviços em novas pandemias²⁷

A dificuldade de acesso às UBS continuou como destaque no período transpandemia, ocasionando reflexos na UPA como: o retorno do paciente com demanda não urgente a esse serviço, após a sua contrarreferência para a APS (DSC 4), ou a procura pela mesma como primeira porta de entrada ao sistema de saúde (DSC5), motivada por: questões culturais de preferência da população pelos serviços de urgência e emergência; pelo atraso no retorno dos atendimentos de demanda espontânea e eletiva nas UBS; e pela busca de tratamento por aqueles que optaram por postergar seu atendimento de saúde durante a pandemia.

Assim, o que se produziu na UPA no período de transpandemia foi uma sobrecarga do serviço, aspecto que requer uma análise ampliada da RUE, para que em futuras situações semelhantes de emergência de saúde pública a mesma esteja mais organizada, visando assegurar a assistência requerida pela população no ponto de atenção mais adequado a sua demanda de saúde.

Nesse sentido, estudo de avaliação da APS contribui quando destaca que a reorganização do processo de trabalho nesse cenário do cuidado frente à pandemia deveria ocorrer de modo a preservar os seus atributos: Acesso de Primeiro Contato, Integralidade, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado, Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Contudo, em consonância com os achados da

presente investigação, o atributo Acesso de Primeiro Contato obteve o pior desempenho na avaliação, sugerindo falha na continuidade de situações organizacionais que favorecem a acessibilidade na APS como a marcação de consulta, o tempo de espera e a disponibilidade de telefone para contato com o serviço e profissionais²⁸

Outra pesquisa também desenvolvida no Brasil evidenciou que o Acesso ao primeiro contato durante a pandemia foi o atributo com pior avaliação²⁹. Dessa maneira, entende-se que planejar e aperfeiçoar estratégias de fortalecimento contínuo da APS para o atendimento das necessidades de saúde da população é oportuno a qualquer tempo e situação epidemiológica instalada, com vistas a assegurar Acesso de Primeiro Contato nas UBS e possibilitar as condições necessárias à contrarreferência da UPA e dos outros pontos de atenção da RUE.

A despeito disso, a literatura adiciona que a interação frequente entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas é fundamental para garantir um cuidado efetivo e continuado³⁰. Grande parte dos atendimentos realizados na UPA poderiam ser resolvidos e acompanhados nas UBS, a fim de evitar a sobrecarga da UPA e garantir a integração dessas unidades de saúde. Assim, é imprescindível a formulação de estratégias para ajustar a demanda desses serviços, assim como a orientação da população sobre os fluxos de atendimento realizados nos distintos pontos de atenção que compõem a rede¹⁸

Este estudo apresenta como limitação a investigação em um único cenário de cuidado, o que impossibilita a generalização dos resultados. Apesar disso, acredita-se que a pesquisa contribui com o avanço do conhecimento na área da Enfermagem, podendo subsidiar ações gerenciais e assistenciais de pontos específicos da Rede de Atenção à Saúde. Acredita-se que a realização de novos estudos com esta temática pode desvelar outros elementos da contrarreferência influenciados pela pandemia, ampliando-se o corpo de conhecimento tão necessário às reflexões, que poderão instrumentalizar os gestores para as mudanças requeridas em situações epidemiológicas semelhantes, as quais exigem pronta resposta aos agravos de saúde.

CONCLUSÃO

A contrarreferência é fundamental na organização dos serviços de saúde e na integralidade da assistência. Entretanto, a COVID-19 impactou negativamente na sua concretização com dificuldades de logística, recursos e estrutura. Evidenciou-se que antes da pandemia a contrarreferência apresentava menos fragilidades em relação ao período de pandemia e ao momento posterior. As dificuldades da contrarreferência compreendem a superlotação das unidades básicas, a falta de profissionais e a dificuldade do acesso do paciente à sua equipe de saúde, relatadas tanto antes como transpandemia.

Em relação 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 que o uso de tecnologias de comunicação implantada para manter o atendimento aos pacientes ocasionou dificuldades de acesso nas UBS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Health emergency dashboard [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16]. Disponível em: <https://extranet.who.int/publicemergency>
2. Calmon TV. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. NAU Soc [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16];11(20):131. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ns.v11i20.36543>
3. Portela MC, Grabois V, Travassos C. Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde. Fiocruz [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42324>

4. Ministério da Saúde (BR). Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus COVID-19. 3rd ed. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2021 [acesso 2024 Jul 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-esp-in-coe-26-novembro-2020>
5. Campos RKG, Maniva SJCF, Santos MHS, Mesquita KKB, Pinheiro PNC. Implementation of a flowchart in emergency unit during the pandemic of COVID-19 Esc Anna Nery [Internet]. 2023 [acesso 2024 Jul 16];27:e20220233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0233pt>
6. World Health Organization (WHO). Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. 2016 [acesso 2024 Jul 16]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789241511599>
7. Gallo VCL, Hammerschmidt KSA, Khalaf D, Lourenço RG, Bernardino E. Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. Rev Recien [Internet]. 2022 [acesso 2024 Jul 16];12(38):173-82. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.173-182>
8. Mundstock I, Silva LAA, Soder RM, Sarturi F, Higashi GDC. Transition of care between the different levels of complexity in nursing and health. Braz J Hea Rev [Internet]. 2022 [acesso 2024 Jul 16];5(1):3005-21. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-264>
9. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recommendations to strengthen primary health care in Brazil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16];44:e4. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [acesso 2024 Jul 16];34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
11. Hermida PM, Nascimento ER, Echevarría-Guanilo ME, Andrade SR, Ortiga ÂM. Counter-referral in Emergency Care Units: Discourse of the collective speech. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [acesso 2024 Jul 16];72 Suppl 1:143-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0023>
12. Lefèvre F. Discurso do sujeito coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo, SP(BR): Andreoli; 2017.
13. Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Transitional care: Analysis of the concept in hospital discharge management. Esc Anna Nery [Internet]. 2022 [acesso 2024 Jul 16];26:e20200435. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
14. Khalil-Khan A, Khan M. The impact of COVID-19 on Primary Care: A scoping review. Cureus [Internet]. 2023 [acesso 2024 Jul 16];15(1):e33241. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.33241>
15. Freitas BM. Impacto da covid-19 na referência e contrarreferência em uma unidade de pronto atendimento: discursos de profissionais de saúde [undergraduate thesis]. Florianópolis, SC(BR): Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem; 2022 [acesso 2024 Jul 16]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/243035>
16. Chávez GM, Viegas SM, Roquini GR, Santos TR. Access, accessibility, and demand at the family health strategy. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16];24(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0331>
17. Peiter CC, Lanzoni GM, Oliveira WF. Regulation in health care: The role of nurses. Rev Rene [Internet]. 2017 [acesso 2024 Jul 16];17(6):820. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600013>

18. Fabrizio GC, Marocco KC, Geremia DS, Costa LCG, Galupo AMM. Health care networks and users' demands by the Emergency Care Unit: Conflicts and possibilities. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2018 [acesso 2024 Jul 16];9. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.572>
19. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida AP. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16];29(2):e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
20. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite ID, Brasil P, Greco DB, et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: Limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16];36(6):e00104120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00104120>
21. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MH, Aquino R. Primary healthcare in times of COVID-19: What to do? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16];36(8):e00149720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720>
22. Oliveira LMS, Gomes NP, Oliveira ES, Santos AA, Pedreira LC. Coping strategy for covid-19 in primary health care: Experience report in Salvador-BA. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Jul 16];42(Spec):e20200138. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200138>
23. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face Covid-19. *Saúde Debate* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16];44(4 Spec No):161-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>
24. Matenge S, Sturgiss E, Desborough J, Hall Dykgraaf S, Dut G, Kidd M. Ensuring the continuation of routine primary care during the COVID-19 pandemic: A review of the international literature. *Fam Pract* [Internet]. 2022 [acesso 2024 Jul 16];39(4):747-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab115>
25. Costa WA, Carvalho NC, Coelho PAB. Colapso da Atenção Básica em contexto de COVID-19 sob o olhar de uma UBS. *Comun Ciênc Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jul 16];31:209-16. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/colapso_atencao_basica_covid19.pdf
26. Foo CD, Surendran S, Jimenez G, Ansah JP, Matchar DB, Koh GCH. Primary Care Networks and Starfield's 4Cs: A case for enhanced chronic disease management. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Jul 16];18(6):2926. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph>
27. Lim J, Broughan J, Crowley D, O'Kelly B, Fawsitt R, Burke MC, et al. COVID-19's impact on primary care and related mitigation strategies: A scoping review. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Jul 16];27(1):166-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1946681>
28. Brito PS, Pascoal LM, Costa MVT, Silva LFM, Melo LPL, Santos Neto M, et al. Primary Health Care assessment in the COVID-19 pandemic from physicians' and nurses' perspective. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Jul 16];76 Suppl 1:e20220475. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0475p>
29. Celino SDM, Albuquerque Filho NJB, Gomes MNC, Costa GMC, Mendonça AEO. Evaluation of primary health care by users during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *PLoS ONE* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Jul 16];18(9):e0292039. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292039>
30. Mezaroba E, Garcia MC, Cunha NS, Da Silva N, Araujo BR, Wander Bonamigo AW. Integrality of care: An experience report. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Jul 16];13:e023. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1152>

NOTAS

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Freitas BM, Nascimento ERP.

Coleta de dados: Freitas BM, Nascimento ERP.

Análise e interpretação dos dados: Freitas BM, Nascimento ERP, Vieira PM, Malfussi LBH.

Discussão dos resultados: Nascimento ERP, Vieira PM, Malfussi LBH, Forster F.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Nascimento ERP, Vieira PM, Malfussi LBH, Forster F, Amaral M, Maldonado XAN.

Revisão e aprovação final da versão final: Freitas BM, Nascimento ERP, Vieira PM, Malfussi LBH, Forster F, Amaral M, Maldonado XAN.

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código de financiamento 001.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer n.º 4. 647. 494/2021, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 43351021.5.0000.0121.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Leticia de Lima Trindade, Maria Lígia Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 15 de abril de 2024.

Aprovado: 28 de junho de 2024.

AUTOR CORRESPONDENTE

Brenda Meinschein Freitas.

brenda24freitas@gmail.com

