

# A REORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Pedro Henrique de Almeida<sup>1</sup>  
 Eliane dos Anjos Padilha Ceccon<sup>2</sup>  
 Jane Sescatto<sup>3</sup>  
 Anna Paula Lacerda Penteadó<sup>4</sup>  
 Cristiane Honório Venetikides<sup>5</sup>  
 Flavia Celene Quadros<sup>6</sup>  
 Leonardo Cavadas da Costa Soares<sup>7</sup>  
 John Fitzgerald Kenedy Novak<sup>8</sup>  
 Eliana Amaral Mendes<sup>9</sup>  
 Stela Maris Zanatta Dallastella<sup>10</sup>

## 1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios da gestão da Saúde é a organização do sistema para atender as urgências e emergências cujo lema é “O Paciente Certo, no Lugar Certo, no Tempo Certo” (MENDES, 2011).

O diagnóstico situacional realizado em Curitiba no início da gestão, em 2017, apontava para a necessidade de se avançar para a implantação da Rede de Urgência e Emergência - RUE, deflagrando uma série de ações para se promover a articulação regional entre os diferentes pontos de atenção às urgências, aos meios logísticos e de apoio diagnósticos, sob a condução de um centro de operações que funcionasse 24h ao dia, todos os dias da semana, utilizando-se de protocolos assistenciais universais e de um sistema informatizado de gestão.

Essas mudanças deveriam se traduzir em melhorias assistenciais, sem desequilíbrio orçamentário, o que comprometeria a manutenção da RUE a longo prazo. A implantação de um sistema com indicadores robustos, tanto de processos como de resultados, foi uma estratégia efetiva para atingir tais objetivos.

A gestão municipal da saúde de Curitiba, durante a pandemia da COVID-19, buscou garantir o acesso aos leitos hospitalares para a assistência adequada ao usuário do SUS com Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG ou COVID-19 confirmado. Para isso foi realizado, em conjunto com os hospitais, um plano de ampliação de leitos para atender essa nova necessidade. Nessa nova conformidade da rede hospitalar, evidenciou-se a necessidade do monitoramento

<sup>1</sup> Médico clínico geral - Diretor Técnico do Departamento de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>2</sup> Enfermeira - Diretora Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>3</sup> Enfermeira - Diretora do Centro de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>4</sup> Cirurgiã-dentista - Controle Interno da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

<sup>5</sup> Analista organizacional - Auditora da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>6</sup> Cirurgiã dentista - Superintendente de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>7</sup> Médico - Auditor da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>8</sup> Enfermeiro - Supervisor de Distrito Sanitário da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>9</sup> Enfermeira - Coordenadora de Assistência do Distrito Sanitário Cajuru da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>10</sup> Fisioterapeuta - Coordenadora do Núcleo de Contratos Assistenciais da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

da capacidade operacional de forma rápida e em tempo real. Para permitir esse acompanhamento, foi desenvolvida, no sistema informatizado próprio do Município (Sistema E-saúde), uma ferramenta de registro da ocupação dos leitos – o Censo Hospitalar.

Este artigo compartilha as principais ações implementadas ao longo dos últimos quatro anos para a reorganização da Rede de Urgência e Emergência em Curitiba, alguns dos resultados observados decorrentes desse processo, e como a regulação assistencial foi realizada com a implantação do censo hospitalar online.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 A Reorganização do Sistema de Saúde de Curitiba: implantando as Redes

Em 2017 iniciou-se um processo de reformulação do serviço de urgência e emergência do município nos aspectos estruturais, assistenciais e de gestão. Identificou-se um serviço de transporte deficitário, sem reposição da frota desde 2011, fluxos confusos e pouco efetivos, e sem monitoramento de indicadores de tempo resposta.

Uma das primeiras medidas adotadas foi a elaboração dos protocolos assistenciais dos principais agravos que comprometem a vida das pessoas: Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Hemorragia Digestiva Alta, abdômen agudo, e emergências pediátricas. Esses protocolos foram definidores da assistência adequada e integrada com a rede hospitalar. Assim como foram estabelecidos painéis de monitoramento dos atendimentos em Unidades de Pronto Atendimento - UPAs para acompanhar o desempenho das equipes.

Outra área importante foi a reestruturação do trabalho do complexo regulador metro-

politano, que compreende 29 municípios, totalizando mais de 3,6 milhões de habitantes, dos quais pouco mais de 50% são curitibanos (IBGE/2018).

As mudanças implementadas na Atenção Primária à Saúde - APS foram importantes para reordenar o fluxo dos usuários com objetivo de torná-la porta prioritária para o atendimento dos casos agudos de baixa complexidade. Foram realizados treinamentos para as equipes, qualificando-as para o primeiro atendimento das urgências. Na Atenção Especializada, as UPAs receberam melhorias tanto estruturais (reformas, manutenções, instalações totalmente novas) quanto funcionais (novos fluxos internos, protocolos assistenciais, atualização do parque tecnológico e educação continuada). Na Atenção Hospitalar, novos contratos de gestão entraram em vigor, implantando a lógica de atendimento por Linhas de Cuidados, com melhorias significativas no modelo de pagamento por performance a partir de indicadores pactuados.

Dentre as diversas melhorias realizadas no sistema estão: i) a renovação de 100% da frota de ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); ii) novo contrato de gestão para a operação e manutenção dessas viaturas; iii) renovação do parque tecnológico do SAMU; iv) treinamento das equipes; v) criação da Central de Transportes Sanitários (CTS), desafogando o SAMU para melhor cumprir sua missão principal de prestar atendimento primário das urgências; vi) novas funcionalidades no E-saúde, com informatização integral de toda assistência realizada nas UPA e nas regulações de acesso, proporcionando agilidade, segurança e economia nesses processos. Há, ainda, duas ações importantes: a realização dos exames de rotina laboratorial das UPAs pelo Laboratório Municipal de Curitiba, de forma integrada ao prontuário do paciente e a inclusão no E-saúde de funcionalidades voltadas para a gestão da informação, como

os relatórios dinâmicos integrados em tempo real (painéis de *Business Intelligence*).

Foi necessário também implantar um sistema de governança para tomada de decisão. Como aprimoramentos mais importantes realizados, citam-se: i) criação de Câmaras Técnicas Temáticas para a elaboração de protocolos tanto assistenciais quanto de acesso regulado, de acordo com as necessidades das Linhas de Cuidado; ii) criação da Câmara Regional de Urgência, reunindo os gestores municipais e regionais da saúde, buscando o aprimoramento contínuo da rede, com o comprometimento mútuo desses gestores.

Com objetivo de organizar a assistência aos usuários, pois apenas uma minoria vem a ser de fato uma urgência, adota-se o conceito do “Paciente Certo”, que é aquele que, dentre todos os que procuram os serviços de saúde, está de fato com uma condição de saúde grave, devendo ser priorizada a resolução do seu problema (MENDES, 2011). As principais ações executadas foram: i) a reformulação do sistema de triagem nas UPAs e na Central 192; ii) a aplicação em toda rede dos Protocolos de Urgência criados pelas Câmaras Técnicas Temáticas; iii) a adoção de alertas visuais desses protocolos no sistema de regulação; e iv) a criação do telemonitoramento e do monitoramento em domicílio para os casos leve de COVID-19 com vulnerabilidades.

Outra premissa importante na RUE é definir o local capaz de fornecer o tratamento definitivo ao paciente. Diante dessa premissa, foram encampadas ações para: i) tornar as UBSs pontos de atenção prioritários para as pequenas urgências, mediante mudanças instituídas nos fluxos internos (como ocorreu para os quadros agudos de vias aéreas superiores); ii) tornar as UPAs pontos de atenção prioritários para as urgências moderadas, que precisem do Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT (labo-

ratório e RX), para a condução dos casos, utilizando protocolos assistenciais, mediante treinamento das equipes e disseminação da informação para a população sobre o papel das UBSs e das UPAs; e iii) reservar os hospitais para as grandes urgências, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o trauma, mantendo sua função de retaguarda aos demais pontos de atenção, utilizando novos protocolos assistenciais e de regulação, mediante uma nova contratualização de leitos realizada por Linhas de Cuidado e por performance.

O conceito do “tempo certo” tem íntima relação com o sucesso do tratamento. Como ações para atingir esse princípio, destacam-se: i) a criação da Central de Transporte Sanitário (CTS) para desonerar o SAMU dessa função, melhorando sua performance no atendimento direto das vítimas; ii) a criação de protocolos de regulação e acesso facilitados universais para toda a rede; iii) o empoderamento do médico regulador como autoridade sanitária da urgência; e iv) a normatização do uso da “vaga zero”.

## 2.2 A Organização da Rede de Urgência e Emergência em Curitiba em resposta à pandemia

Um dos grandes desafios para a gestão municipal curitibana, durante a pandemia da COVID-19, foi garantir o acesso aos leitos hospitalares para a assistência adequada ao usuário do SUS com Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG ou COVID-19 confirmado.

O Município de Curitiba conta com hospitais públicos e filantrópicos contratualizados que integram a Rede de Urgência e Emergência, onde são realizadas internações hospitalares tanto de pacientes de Curitiba quanto daqueles dos municípios da Região Metropolitana. Durante a pandemia, foram

ativados nessa rede hospitalar 355 leitos novos de UTI, totalizando 669, e 432 leitos novos de Enfermaria Clínica, totalizando em 1.503. Isso foi possível pela otimização das próprias estruturas dessas instituições, com uma longa história de prestação de serviços ao SUS, e pelo acréscimo de leitos de mais duas estruturas hospitalares que foram reabertas e colocadas em funcionamento em curto espaço de tempo.

Nessa nova conformidade da rede hospitalar, evidenciou-se a necessidade do monitoramento da capacidade operacional de forma rápida e em tempo real. Para permitir tal acompanhamento, foi desenvolvido no sistema informatizado próprio do Município (Sistema E-saúde), uma ferramenta de registro da ocupação dos leitos - o Censo Hospitalar.

A nova ferramenta foi disponibilizada por meio de um módulo específico no sistema informatizado, com a liberação de login de acesso para todos estabelecimentos hospitalares que compõem a rede de enfrentamento à COVID-19. O Censo Hospitalar está integrado à plataforma do Ministério da Saúde E-Sus VE e, dessa forma, as informações referentes à utilização dos leitos hospitalares de Curitiba são migradas diariamente, em cumprimento à Portaria nº. 2.181 de 19 de agosto de 2020. Os dados alimentados no sistema são convertidos em relatório e permitem o cálculo da capacidade hospitalar total, a verificação do número de leitos livres de UTI e de enfermaria, a utilização de respiradores, o tempo de permanência no leito e a taxa de ocupação geral e por tipo de leito, entre outros dados.

A partir da inserção dos dados, as informações são compiladas num *dashboard* que oferece visualizações rápidas e em tempo real dos principais indicadores monitorados, tais como as taxas de ocupação por tipo de leito, as entradas e saídas (internações, altas e óbitos) e origem dos internamentos.

## 2.3 A Experiência do Distrito Sanitário Cajuru - DSCJ

A articulação em Rede de Urgência e Emergência com a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se um desafio diário, especialmente para se manter os serviços organizados de forma coesa e resolutive, não sendo diferente no DSCJ. Por um lado, cabe a APS a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilidade e o primeiro atendimento às urgências e emergências de forma segura e, se necessário, até a transferência para outro ponto de atenção. Por outro lado, o apoio dos demais serviços da RUE, em situações que dele necessita, é fundamental para garantir respostas rápidas de suporte a vida dos usuários do SUS.

Entre as várias ações que compõem o elo entre as equipes da APS e da RUE, no DSCJ, destacam-se, como exemplos de ações estruturadas e consolidadas, aquelas que se referem às linhas guias de dor torácica e Acidente Vascular Encefálico (AVE). As estruturações dessas linhas de cuidado proporcionaram vários benefícios na assistência à saúde dos cidadãos do distrito sanitário, promovendo o atendimento ao “Paciente certo, no lugar certo e no tempo certo” (MENDES, 2011), diminuindo a morbimortalidade. Além disso, ao concentrar esforços na formação dos profissionais da APS nos eixos prevenção de agravos, promoção da saúde e no atendimento às principais urgências e emergências, proporcionou melhor suporte à vida nos atendimentos às condições agudas ou de agudização das condições crônicas de saúde.

São indiscutíveis as melhorias alcançadas com a articulação da APS e da RUE no DSCJ. Essa experiência criou um maior vínculo entre os profissionais dos diferentes pontos de atenção, assim como impactou na sua qualificação técnica, pois oportunizou a troca de saberes e o detalhamento de conhecimentos técnicos entre os serviços e suas equipes.

### 3. RESULTADOS

Quando comparados os dados do mês de julho (auge do inverno) de 2017 com o de 2020, nas UPA de Curitiba, verificou-se aumento de cerca de 10% na taxa de resolubilidade dos casos, passando de 81,4% para 88,8%, evitando-se assim a superlotação nos hospitais com casos menos graves. Para os casos mais graves, com indicação hospitalar, houve aumento de 21% na taxa de transferência dentro do tempo oportuno, evoluindo de 65,7% para 79,7%, o que resultou na queda do tempo médio de permanência desses pacientes nas UPAs, de 32 horas para 25 horas, uma redução de 25%. Os maiores beneficiados pela RUE foram os pacientes com quadros de gravidade extrema, como aqueles que necessitaram de acesso à ventilação mecânica nas UPAs, posto que houve no período a diminuição de 335 pacientes para 50 pacientes, representando queda de 85% no volume dessas situações, bem como uma expressiva queda no tempo para sua transferência para hospitais (76%), passando de 34 horas para 8 horas.

Em relação à pandemia, a obtenção dos dados da ocupação dos leitos de cada instituição hospitalar permitiu ao Complexo Regulador o encaminhamento adequado do paciente com suspeita ou confirmação de COVID -19 para os hospitais de referência.

Essa ferramenta tem contribuído para melhorar o acesso do paciente ao leito hospitalar no tempo certo e no local adequado, para todos os tipos de internamentos, sendo eles por COVID-19 ou pelas outras linhas de cuidado. Com isso, observou-se melhora na eficiência do sistema de acesso aos leitos hospitalares pelo Complexo Regulador do Município, resultando em menor tempo da permanência do paciente nas UPAs, e na qualificação dos encaminhamentos, priorizando o paciente certo para o local certo.

### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a recente reorganização da RUE, constituiu-se uma rede robusta, que resulta em melhor capacidade de identificar os pacientes mais graves (paciente certo), direcionando-os ao ponto de assistência mais adequado (local certo) e de forma oportuna (tempo certo), sem causar desequilíbrio nas contas públicas, garantindo a manutenção dessa política a longo prazo, levando seus benefícios para os pacientes mais graves, que mais necessitam de assistência, em uma tradução prática dos princípios da equidade, de economicidade e da eficiência.

A estratégia de gestão dos leitos hospitalares realizada pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, tanto nos aspectos da ocupação quanto da quantidade e qualidade de leitos ofertados, com equipes e equipamentos, foi primordial durante a pandemia, evitando risco de desassistência e sobrecarga nos serviços pré-hospitalares (UPA e SAMU).

Diante do inesperado caos sanitário mundial, fica evidente que as cidades que melhor planejam suas ações de saúde, com base no conhecimento dos seus dados e território, são as que menos sofreram com os impactos causados no sistema de saúde.

Evidenciar, planejar e executar é ainda o melhor caminho para mitigar os danos causados pela pandemia, e essas ações tornam-se ainda mais factíveis quando estão alicerçadas em uma base sólida de registros e produção de dados que permitem conhecer a sua realidade.

### REFERÊNCIAS

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª Edição. Brasília, DF. OPAS, 2011.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de junho de 2011. Seção 1, página 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600 de 7 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 de julho de 2011, Seção 1, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº3. Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 de outubro de 2017, Seção 1, p. 192.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Memória da Reunião Ordinária da Comissão de Assistência à Saúde de 06 de agosto de 2020.** Página eletrônica do Conselho Municipal da Saúde, 2020. Disponível em <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Mem%C3%B3ria%20Comiss%C3%A3o%20de%20Assist%C3%Aancia%2006.08.2020.pdf>. Acessado em 28 de setembro de 2020.

PINTO LF. Estratégias de integração e utilização de Bancos de Dados Nacionais para avaliação de Políticas de Saúde no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006

CAVALCANTE RB, Kerr MMP. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. Perspectivas em Gestão & Conhecimento 2011; 1:106-19.

BRASIL. Lei nº. 13.979 de 6 de fevereiro de 2020. Função da lei. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ed. 27, Seção 1, 07 de fevereiro de 2020, página 1.

BRASIL. Portaria nº. 2.181 de 19 de agosto de 2020. Função da lei. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ed. 160. Seção 1, em 20 de agosto de 2020, páginas 104.