

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA: O TRANSPORTE SANITÁRIO COMO OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE*

EMERGENCY CARE: HEALTH TRANSPORT IN THE CITY OF BELO HORIZONTE

ATENCIÓN DE URGENCIA: EL TRANSPORTE SANITARIO COMO OBSERVATORIO DE SALUD DE BELO HORIZONTE

Marília Alves¹
Andréa Fonseca e Silva²
Lílian Colares Fulgêncio Neiva³

RESUMO

O objetivo com este estudo é descrever a estrutura e o funcionamento do serviço de transporte sanitário público de Belo Horizonte como experiência pioneira em um grande centro urbano do país e sua importância para o acesso da população aos serviços. Trata-se de um estudo de caso cujos dados foram coletados em protocolos, relatórios e estatísticas de atendimento, sendo a última organizada em gráficos e analisada de acordo com a legislação sobre urgências. Nos resultados, aponta-se uma experiência que viabiliza o transporte de usuários entre os serviços de saúde de acordo com suas necessidades, facilita o acesso, organiza a integração entre os serviços e racionaliza custos. É importante observatório de saúde do município ao possibilitar a identificação de novas morbidades, visão da rede, oferecendo subsídios para propostas e gestão municipal da saúde.

Palavras-chave: Transporte de Pacientes; Saúde Pública; Organização e Administração.

SUMMARY

This study aims to describe the structure and functioning of the public health transport in the city of Belo Horizonte. It is a pioneering experience in a large urban center and it is extremely important to ensure the citizen's access to health services. This is a case study and all data were collected using protocols, reports and hospital assistance statistics which were organized in a graphic format and analyzed according to emergency medicine legislation. The results show that this experience facilitates access, organization and integration of health services, as well as reduces overall costs. In summary, health transport is an important issue as it allows the identification of new morbidities, offers a network vision and provides subsidies for proposals regarding health management.

Key words: Transportation of Patients; Public Health; Organization and Management.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio ha sido de describir la estructura y funcionamiento del servicio de Transporte Sanitario Público de Belo Horizonte como experiencia pionera en un gran centro urbano del país y su importancia para el acceso de la población a los servicios. Se trata de un estudio de caso cuyos datos fueron recogidos en protocolos, informes y estadística de atención organizada en gráficos y analizada de acuerdo con la legislación sobre urgencias. Los resultados señalan una experiencia que hace viable el transporte de usuarios entre los servicios de salud en conformidad con sus necesidades, facilita el acceso, organiza la integración entre los servicios y racionaliza costos. En síntesis, el Transporte Sanitario es un importante observatorio de salud del municipio porque permite identificar nuevas morbidades y tener una visión de la red y, además, ofrece subsidios para propuestas de la gestión municipal de la salud.

Palabras clave: Transporte de Pacientes; Salud Pública; Organización y Administración.

* Esta pesquisa recebeu o apoio financeiro da FAPEMIG e do CNPq, por meio de Bolsa de Produtividade da pesquisadora Marília Alves e Bolsas de Iniciação Científica.

¹ Doutora em Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem Aplicada e do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG. Líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE)

² Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Estácio de Sá e enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

³ Enfermeira. Especialista em administração de serviços de urgência. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
Endereço para correspondência – Marília Alves: Av. Alfredo Balena 190, diretoria. Fones 34099826/34099829. E-mail marilix@enf.ufmg.br.

INTRODUÇÃO

A reorganização dos serviços de saúde com a universalização do atendimento, a reestruturação da atenção às urgências por meio da ampliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Belo Horizonte colocaram em evidência necessidades da clientela até então atendidas de forma pouco organizada pelo sistema público de saúde. Novas demandas de inclusão de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com problemas pouco conhecidos e demandas de cunho social passaram a exigir novas estratégias de atendimento.

Entre as estratégias, visando assegurar a continuidade do atendimento, encontra-se o encaminhamento de usuários dependentes ou portadores de necessidades especiais, que constitui um desafio para a equidade e o acesso deles a esse atendimento. Além de atender esses usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), nas UPAs ou em domicílio necessitamos garantir, também, sua mobilidade entre os serviços. Nesse contexto, buscando a solução para um velho problema que passou a ter novos contornos, foi necessária a reestruturação do transporte de pacientes entre os serviços de saúde do município.

O Transporte Sanitário Público, ou Transporte Secundário de Pacientes, é o transporte de pessoas portadoras de quadro de saúde agudo ou cronicamente enfermas, avaliadas por profissionais de saúde em domicílio ou em unidades de saúde e que não possuem risco imediato de morrer, mas necessitam de encaminhamento a outra unidade de saúde, geralmente, de maior complexidade. Esse serviço inclui o transporte eletivo de portadores de necessidades especiais com dificuldades de locomoção em veículo próprio ou transporte coletivo para realizar exames, consultas especializadas programadas, tratamentos de hemodiálise, dentre outros. Os deslocamentos são realizados por ambulâncias de pequeno porte, classificadas como ambulâncias do tipo A, e por veículos como vans para pacientes estáveis, conforme padronizado pelo Ministério da Saúde.¹

No município de Belo Horizonte, o Transporte Sanitário Público, além de função específica do transporte qualificado da clientela do SUS entre unidades pré-hospitalares e hospitalares, funciona, também, como observatório de saúde da rede SUS. Essa função tem sido importante para a rede de saúde do município, considerando que o monitoramento do transporte dos usuários permite observar a rede de forma indireta, identificando problemas de fluxo de usuários entre os serviços, o trabalho das equipes do PSF e o aumento de demanda decorrente de problemas específicos como doenças respiratórias, dengue e outros.

O Transporte Sanitário Público foi implantado no município em 1994, por meio de uma empresa terceirizada, cujo controle e regulação era realizado a distância até 2003. A partir de 2002, o processo de avaliação do serviço resultou na elaboração do diagnóstico e propostas de reestruturação.² Em maio de 2003, a Coordenação de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) assumiu o transporte de

pacientes de hemodiálise que, até então, era realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, e em julho do mesmo ano o Transporte Sanitário Público foi unificado tanto em sua regulação como em área física.

A regulação foi unificada para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Transporte Sanitário Público e o de Transporte de Hemodiálise. Esses serviços foram reestruturados com base na Política Nacional de Atenção às Urgências, de acordo com as Portarias nº 2.048, de 5 de novembro 2002³, nº 1.863⁴ e nº 1.864, de 29 de setembro de 2003,⁵ que estabelecem, dentre outros aspectos, a normatização do SAMU. A Política Nacional de Atenção às Urgências considera as necessidades de atendimento às urgências como competências a serem realizadas desde a atenção básica, incluindo o PSF, enfatizadas na Portaria nº 2.048,³ considerando que,

dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adscrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.¹

Nesse contexto, em consonância com a proposta da SMSA de qualificar os atendimentos das solicitações de movimentação de usuários entre os serviços de saúde de acordo com suas necessidades, tornou-se imperativo a reestruturação do Transporte Sanitário Público como parte integrante do SAMU. Assim, foram estabelecidos protocolos para as situações de urgência, casos eletivos e sociais, além de critérios pactuados com a rede municipal de saúde.

Este estudo torna-se relevante diante da escassez de literatura sobre o assunto, que trata de uma experiência nova. Sua articulação com o SAMU vem ampliando a área de atuação e os números de atendimentos, por responder a uma demanda pouco conhecida e que ficava, muitas vezes, à margem dos serviços existentes. Por outro lado, é um recurso adicional de que os profissionais dispõem para facilitar a inclusão de usuários em situações específicas e que gera reconhecimento da população por ter suas necessidades atendidas. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, facilita a articulação entre os diversos níveis de complexidade, contribuindo para a formação de uma rede assistencial.

Nesse sentido, o objetivo com este estudo é descrever a estrutura e o funcionamento do serviço de Transporte Sanitário Público de Belo Horizonte como experiência pioneira em um grande centro urbano do país e sua importância para o acesso da população aos serviços.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO E RECURSOS DISPONÍVEIS

O serviço de Transporte Sanitário Público atende a solicitações dos profissionais da rede de Centros de

Saúde, Centros de Referências Especializadas (CRE), UPAs, Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e apoio ao SAMU, para o transporte por ambulância nos casos de baixa complexidade ou acidentes com múltiplas vítimas. Apoiar as equipes do PSF em situações de agravamento do quadro clínico dos usuários em atendimento domiciliar, quando há necessidade de encaminhamento para avaliação que exija maior aporte tecnológico e realiza o transporte de usuários para internações em hospitais públicos e da rede contratada e conveniada ao SUS.

Quanto às internações em hospitais públicos, conveniados e contratados, as vagas são liberadas pela Central de Internação, que encaminha as solicitações à central de Transporte Sanitário Público por via eletrônica, sendo esta responsável pela monitoração do transporte dos usuários estáveis que vão ser internados. Para pacientes com risco de morrer e necessidade de Centro de Tratamento Intensivo (CTI) as solicitações são repassadas ao médico regulador do SAMU, que estabelece contato com o médico da unidade de origem.

O Serviço de Transporte Sanitário Público realiza o transporte programado de pacientes portadores de necessidades especiais para atendimentos em outras unidades e de pacientes portadores de insuficiência renal crônica para sessões de hemodiálise agendadas. São, ainda, transportados usuários com necessidades especiais para exames e consultas programadas com especialistas, limitado, atualmente, a dois atendimentos/dia por regional, dado ao limite da frota. Participa, ainda, dos atendimentos de cobertura e suporte a grandes eventos públicos de Belo Horizonte. Em algumas situações, tem sido necessário apoiar outros municípios da macrorregião de Belo Horizonte em situações críticas ou acidentes com múltiplas vítimas, dada a insuficiência de recursos desses municípios.

Atualmente, o Transporte Sanitário Público atende a uma população de 2.400 mil habitantes/ano.⁶ Para tal, dispõe de 51 veículos, 35 ambulâncias tipo A e 16 kombis e vans, assim organizados: 29 ambulâncias para transporte de pacientes portadores de quadros agudos ou crônicos agudizados, internações hospitalares e transporte programado; um com adaptação de cadeira de rodas para transporte de pacientes para fisioterapia; 5 ambulâncias e 16 kombis e vans para o transporte de pacientes para tratamento hemodialítico.⁶

Há uma central de regulação própria dos veículos e das solicitações, informatizada, com gravação das ligações telefônicas. Essa central faz interlocução com todos os serviços de saúde da SMSA de Belo Horizonte por meio de ramais telefônicos internos. A comunicação com as ambulâncias é realizada por um sistema de radiofrequência em todas as ambulâncias. A central de regulação do Serviço de Transporte Sanitário Público funciona no mesmo endereço da central de regulação do SAMU e os dois serviços estão interligados por um mesmo software e ramais telefônicos. A manutenção, a limpeza e a higienização dos veículos e a contratação dos condutores são realizadas por empresa

terceirizada, contratada por meio de licitação pública e acompanhadas pelas referências técnicas do Transporte Sanitário Público.

Em relação ao número de atendimentos do Serviço de Transporte Sanitário Público, tem-se observado aumento regular. Em 2002, foram atendidos 40.800 casos distribuídos entre internações hospitalares; encaminhamentos de UBSs para UPAs e transportes eletivos para consultas especializadas e exames.⁷ Nessa época, o transporte de pacientes para hemodiálise era realizado pela Secretaria Estadual de Saúde. Em 2005, após a reestruturação do serviço, foram realizadas entre as unidades pré-hospitalares e hospitalares 55.256 transferências de pacientes, além de 100 coberturas a eventos públicos e 3.848 transportes eletivos de pacientes.⁸ Em 2006, o número de transferências realizadas foi de 56.212 pacientes, entre as unidades pré-hospitalares e hospitalares, além de 3.857 transportes de pacientes para exames e consultas especializadas ou programadas e 3.730 transportes de pacientes para tratamento hemodialítico.⁷

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório sobre o Transporte Sanitário Público de Belo Horizonte, como experiência pioneira em um grande centro urbano. Estudos exploratórios visam fornecer informações sobre determinados fenômenos pouco estudados como base para elaboração de outras hipóteses para outros estudos. Nesse sentido, constitui a parte inicial de entendimento da organização e do funcionamento dos serviços de urgência e do SAMU de Belo Horizonte e suas relações. Este estudo é parte de um projeto maior sobre representações sociais de usuários e profissionais, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), sob o nº 215/08, e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP/SMSA), Parecer nº 014/2008.

Os dados foram coletados no banco de dados da SMSA e em documentos divulgados ou restritos da mesma secretaria. Constituíram fontes de informação as estatísticas de atendimento, bem como protocolos, normas de funcionamento e adequações e relatórios técnicos da SMSA, portanto dados secundários, coletados pela equipe de pesquisa. As informações sobre os atendimentos foram organizadas em gráficos e fluxograma e analisadas tendo como referência a legislação sobre organização de serviços de urgência no país e documentos da SMSA de Belo Horizonte.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O monitoramento do serviço mostra que as principais demandas nos primeiros trimestres de 2006 e 2007 foram das regionais: Nordeste (NE), Norte (N) e Oeste (O), com alteração expressiva nas regionais do Barreiro (B) e Leste (L). O aumento da demanda na Regional

Leste deveu-se à municipalização da UPA local, o que comprova as frequentes necessidades de adaptações ao serviço (GRÁF.1).

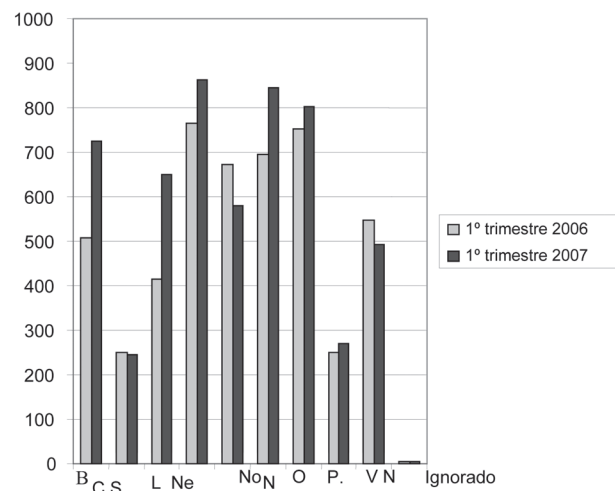


GRÁFICO 1 – Solicitação de atendimento por distrito sanitário nos primeiros trimestres de 2006 e 2007

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

O sistema de informação da SMSA permite identificar os locais onde há maior número de solicitação de atendimento e, com base na demanda, inferir sobre a resolubilidade dos serviços, tendo em vista sua regularidade.

Em relação ao horário de maior número de transporte, verificou-se o aumento de atendimentos no período da manhã, principalmente entre 11 e 12 horas, diminuindo gradativamente à tarde (GRÁF. 2).

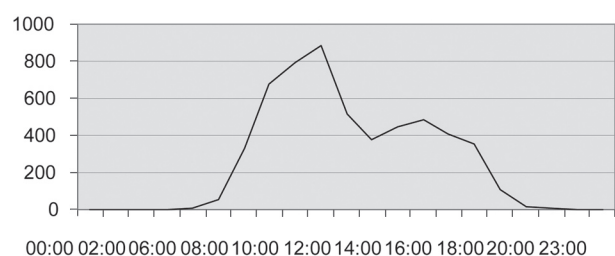


GRÁFICO 2 – Distribuição dos horários de atendimento no primeiro trimestre de 2007

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Vale ressaltar que há demanda significativa para o transporte de usuários entre os serviços de saúde no período das 8 às 20 horas. Esse transporte visa dar suporte às UBSs e às unidades secundárias, de forma contínua, para atender os pacientes que necessitam de encaminhamento para outras unidades, geralmente de maior complexidade, consultas especializadas e tratamento dialítico. O maior volume de atendimento de transporte entre 11 e 12 horas coincide com os horários em que os pacientes receberam o primeiro atendimento e foram avaliados pelos profissionais

que detectaram necessidade de internações, altas ou transferência para outros serviços.

As principais queixas ou diagnósticos que motivaram a transferência de pacientes de uma unidade de saúde de menor complexidade para outra que possui suporte tecnológico foram doenças do aparelho respiratório e problemas gastrointestinais (GRÁF. 3).

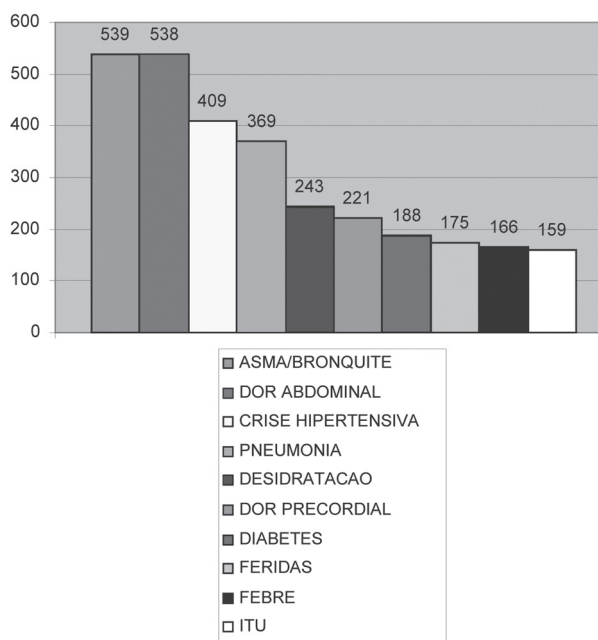


GRÁFICO 3 – Distribuição dos principais diagnósticos e queixas no primeiro trimestre de 2007

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Na distribuição dos diagnósticos ou queixas, em números relativos, que levaram à solicitação de transferência para outras unidades de saúde, merece destaque os agravos do aparelho respiratório, dor abdominal e crise hipertensiva. Alguns agravos que foram transferidos para unidades de saúde de maior complexidade pela proposta municipal de saúde deveriam ser resolvidos na Atenção Básica. No entanto, fatores diversos contribuíram para que fossem transferidos, tais como: diagnóstico tardio, condições gerais dos pacientes, infraestrutura dos serviços e capacitação de pessoal para atender pacientes agudos com quadros graves ou perspectiva de agravamento.

Classificação de risco utilizada no município de Belo Horizonte

O atendimento às solicitações de transferência de pacientes e o estabelecimento de prioridades após avaliação das necessidades é realizado de acordo com o protocolo de avaliação e classificação de risco denominado "Acolhimento com Classificação de Risco"⁸. O protocolo foi elaborado por técnicos do Serviço de Urgência da SMSA e por meio dele classifica-se o caso do usuário de acordo com a gravidade, utilizando os

conceitos normativos e técnicos dos Conselhos de Medicina e de Enfermagem e estudos desenvolvidos em outros serviços de urgência.⁹⁻¹⁵

Esses referenciais teóricos foram utilizados na elaboração do protocolo da SMSA, visando dar agilidade às solicitações de atendimento e de transporte, bem como auxiliar a regulação do SAMU na escolha do meio de transporte adequado, de acordo com a classificação da gravidade. Em 2006, foi desenvolvido pela Gerência de Atenção Básica e outras gerências da SMSA estudo sobre a Atenção Básica e sua integração com outros serviços de saúde. Um dos instrumentos norteadores do estudo foi a análise do banco de dados dos serviços.⁷

Após o estudo, foram propostos fluxos de atendimento e transporte de pacientes das UBSs, em domicílio, pela equipe de PSF, população de rua e atendidos por outros equipamentos sociais, como UPA e SAMU.

O protocolo de classificação de risco e os fluxogramas são instrumentos que facilitam a avaliação do paciente e o encaminhamento da ambulância específica para cada caso. O protocolo utiliza os conceitos de urgência e emergência, parâmetros clínicos de instabilidade e situações mais comuns que acometem adultos na rede de saúde.⁷

O termo "emergência" é definido, nesse protocolo, como situação de risco de morrer iminente se não diagnosticado e tratado na primeira hora após sua constatação. Foram considerados casos de emergência as seguintes situações: parâmetros médicos de instabilidade, como frequência cardíaca >120 ou <50 , pressão arterial sistólica <90 , frequência respiratória <10 ou >35 e Escala de coma de Glasgow menor que 13; casos obstétricos: descolamento de placenta, doença hipertensiva da gravidez, hemorragias com sinais sugestivos de choque, trabalho de parto avançado e sofrimento fetal; casos clínicos: reação anafilática, infarto agudo do miocárdio, suspeita de parada cardiorrespiratória, paciente com diminuição gradual da consciência ou inconsciente (*glasgow* = ou <8), insuficiência respiratória aguda, corpo estranho em vias aéreas com obstrução total, hemorragia maciça dos grandes vasos, choque hipovolêmico, picada de animais peçonhentos, dentre outros; casos de traumas: politraumas, trauma cranioencefálico, trauma raquimedular, trauma com hemorragia maciça, queda com perda de consciência (*glasgow* <13); e casos psiquiátricos: estados de agitação psicomotora combinada ou não com agressividade, grave ruptura das relações familiares e/ou sociais podendo chegar a uma situação de alarme e risco com incapacidade do sujeito e sua rede de apoio em se defrontar com a situação, recusa de tratamento ou estima em não necessitar dele, aceitando ou não contato com o profissional ou acompanhante, situações de risco/perigo para si e para outrem.⁷

O termo "urgência" é definido como um processo agudo ou crônico agudizado, de natureza clínica, obstétrica, cirúrgica, psiquiátrica, traumática, sem risco de morrer iminente. Na maioria das vezes, causa grande sofrimento ao doente e quando não tratado pode levar à situação de emergência. Foram consideradas situações de urgência: casos obstétricos: bolsa rota, ameaça de aborto,

início de trabalho de parto; casos clínicos: convulsão, crise asmática leve e moderada, crise hipertensiva, corpo estranho em vias respiratórias com obstrução parcial das mesmas, abdome agudo, dor abdominal aguda, dispneia leve ou moderada, cólica renal, pneumonia, desidratação moderada, diarreia com sinais importantes de desidratação, alcoolismo, hiperglicemia, hipoglicemia, hipertermia ($>39^{\circ}\text{C}$), hipotermia, síndrome de abstinência, cardiopatias com sinais vitais alterados e outros; casos de trauma: trauma isolado ou leve com *glasgow* >13 ; casos psiquiátricos: estados de agitação psicomotora combinado ou não com agressividade, contexto de conflito nas relações familiares e/ou sociais, porém com preservação dos laços, o que permite um manejo que leve em conta a contribuição da rede de suporte social e, principalmente, do próprio sujeito que busca e aceita o tratamento.⁷

Os casos considerados *agudos* não se configuram como situação de urgência ou emergência, porém necessitam de avaliação mediata por profissional de saúde e atendimento médico nas 24 a 48 horas seguintes, ou seja, é a chamada "urgência sentida", definida pelo usuário. Foi definido como *caso eletivo* situações que não se configuram como de urgência ou emergência e ou queixas agudas, devendo o atendimento ser programado; e como *caso social* situações nas quais o cidadão não tem condições de se deslocar sozinho no município, por motivo social, para atendimento nas unidades de saúde, por isso demandam deslocamento pelo Transporte Sanitário Público.⁷

Para a avaliação dos casos de urgência/emergência em atendimento infantil, foram tomadas como referência as orientações contidas na abordagem de situações de risco formulada pela estratégia AIDPI.¹ A abordagem leva em conta se a criança reside em área de risco, tem doença crônica grave, é prematuro, desnutrido, fez internação prévia, é menor de 1 ano e está com o cartão de vacinas atrasado. Orienta-se priorizar as queixas de tosse, coriza, obstrução nasal, dor de garganta, dificuldade para respirar, chieira, diarreia, vômitos e cefaleia.^{16,17}

Quanto aos sinais e sintomas, deve-se levar em conta sinais de prostração, agitação, irritabilidade intensa, recusa de alimentação, sucção débil, convulsão, cianose, palidez intensa, hipotonia ou hipertonia, doença há mais de sete dias, diarreia com sangue, desidratação, secreção purulenta no ouvido, fontanela abaulada, temperatura corporal menor que $35,5^{\circ}$, febre persistente há mais de três dias, esforço respiratório, frequência cardíaca e pressão arterial fora dos limites da normalidade.¹⁷

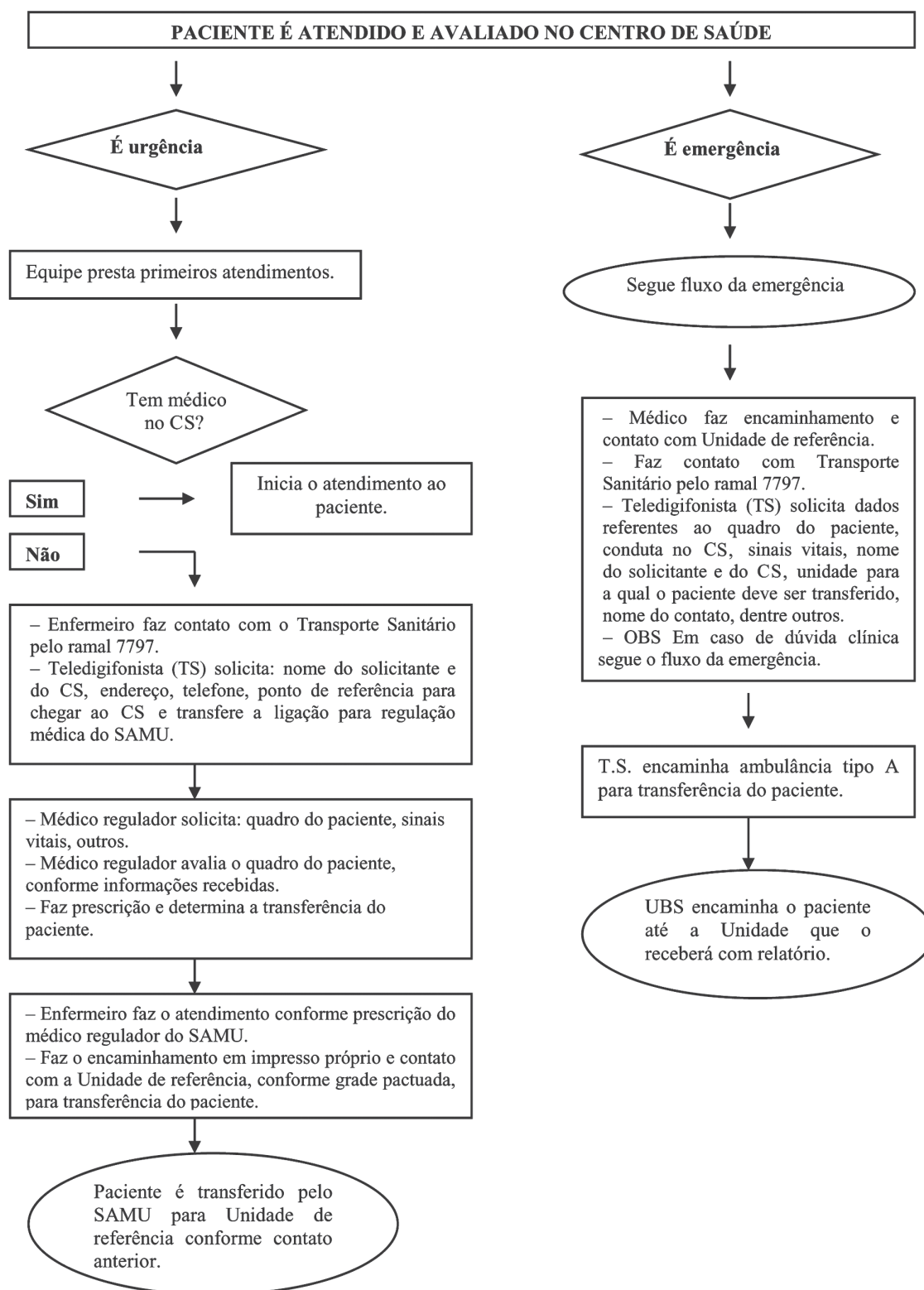
Esses parâmetros de avaliação são propostos para serem utilizados em toda a rede municipal de saúde. São instrumentos para orientação das ações em cada serviço, porém não podem ser entendidos como um fim em si mesmos e não substituirão o diálogo permanente entre as equipes dos vários serviços.

Com base na reorganização dos fluxos de urgência dos serviços de saúde, foi possível verificar a ampliação do acesso dos usuários às unidades de saúde e maior

responsabilização dos serviços no referenciamento de pacientes graves. O serviço de Transporte Sanitário Público integrado às várias unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade foi decisivo para atender às necessidades dos usuários que antes eram encaminhados e necessitavam se deslocar com recursos próprios de que nem sempre dispunham.

Facilitou, ainda, a integração dos serviços o estabelecimento pactuado na rede de um conjunto de regras para a assistência, as quais todos os serviços devem seguir,

buscando a melhoria da qualidade. A organização e o monitoramento dos serviços facilitaram a integração entre as UBSs e os serviços de urgência. Assim, ficou definido o fluxo de atendimento a paciente em situação de urgência, discutido e estruturado junto à rede básica. Este fluxo facilitou a movimentação de pacientes entre os serviços e passou a constituir importante ferramenta de trabalho dos profissionais em diferentes serviços de diferentes níveis de complexidade, como mostra a figura a seguir:



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do Serviço de Transporte Sanitário Público em Belo Horizonte foi uma estratégia de grande importância para o atendimento aos usuários do SUS. Ao realizar as transferências dos pacientes de unidades de saúde de menor complexidade para outras de maior complexidade, assim como o transporte de portadores de necessidades especiais em decorrência de situações clínicas ou sociais, o acesso e a satisfação dos usuários ampliaram-se. O serviço funciona em rede integrada, favorecendo a integração de profissionais de unidades de diferentes níveis de complexidade. A integração do SAMU, do Transporte Sanitário Público, da UPA, da Rede Básica de Atenção à Saúde, da Saúde Mental e

das Unidades de Referência Secundária tem fornecido dados e indicadores que fundamentam as discussões na SMSA, visando à melhoria da qualidade da assistência do usuário do SUS/BH.

Outro aspecto relevante do serviço está na capacidade de funcionar como observatório de saúde, ao permitir a ampliação do conhecimento das características da rede de uma cidade como Belo Horizonte, a identificação de problemas novos e fornecer ao gestor informações sobre a gestão da saúde no município. Essas informações têm possibilitado discussões e formulação de novas propostas e protocolos integrando os serviços da rede, além de contribuir para a melhoria da gestão do SUS de Belo Horizonte.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília, Ministério da Saúde; 2006. 256p.
2. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Avaliação do Serviço de Transporte Sanitário da SMSA (Relatório). Belo Horizonte: SMSA; 2002. 4p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.048; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.863; 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.864; 2003.
6. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Urgência e Emergência. Proposta de Regulação da Porta de Entrada das Unidades de Urgência e Emergência de Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMSA; 2002. 8p.
7. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação do SAMU– SUS/BH . Belo Horizonte; 2007. 35f.
8. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Urgência e Emergência. Acolhimento com Classificação de Risco. Belo Horizonte: SMSA; 2006. 33p.
9. Almoyna MM, Nitschke CAS. Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves. 2ª ed. Rede Brasileira de Cooperação em Emergências/MS; 2000. 147 p.
10. Marques S. Estudo de demanda da UPA Barreiro. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte: Mimeo; 2003.15p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da unidade de urgência: uma experiência do Hospital São Rafael – Monte Tabor. 10ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 204p.
12. Reis LWR. Proposta de organização do Sistema de Atendimento às Urgências e Emergências em Belo Horizonte e na Região Metropolitana. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de saúde; 2002. 75p.
13. Noronha RM. Projeto de sistematização: atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste (Relatório). Belo Horizonte: Unidade de Pronto Atendimento Oeste / Prefeitura de Belo Horizonte; 2003. 107p.
14. Santos Júnior EA. Violência no Trabalho: o retrato da situação dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento da Prefeitura de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2004. 145f.
15. Rocha AFS. Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem da UFMG; 2005. 98 f.
16. Brasil. Ministério da Saúde/SUS. Atenção Integrada Doenças Prevalentes na Infância – Curso de Capacitação. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
17. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência da Atenção Básica. A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local. Belo Horizonte: SMSA; 2006. 172p.

Data de submissão: 12/8/2009

Data de aprovação: 3/5/2010