



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A Transferência de utentes entre unidades prestadoras de cuidados de saúde

Trabalho Final na modalidade de Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Gestão
com especialização em Gestão de Serviços

por

Benedita Antas Martins de Melo Rocha

sob orientação de
Professora Doutora Rita Moura Bastos de Almeida Ribeiro

Católica Porto Business School
março de 2018

Agradecimentos

À minha família por todo o investimento e por toda a confiança que depositam em mim diariamente. Espero que fiquem orgulhosos com este Trabalho Final de Mestrado.

À minha orientadora, Professora Rita Ribeiro, por todo o tempo despendido, por todas as intervenções valiosas, pelo sentido crítico e por todo o apoio.

A todos os colaboradores da Entidade Reguladora da Saúde, pelo conhecimento transmitido, pela disponibilidade e por toda a informação concedida.

Aos meus amigos pelo apoio e por toda a motivação que me concederam ao longo da realização deste trabalho.

Resumo

A transferência de utentes entre diferentes unidades de saúde tem registado, nos últimos anos, um aumento significativo e como tal tem vindo a constituir um assunto de debate entre os profissionais de saúde.

O presente estudo de investigação tem como objetivo identificar quais os constrangimentos intrínsecos ao processo de transferência de utentes entre diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde em Portugal Continental e analisar a sua dimensão no contexto universal do Serviço Nacional de Saúde.

O método utilizado para estudar o problema acima descrito consistiu num estudo de caso único: o das reclamações apresentadas à Entidade Reguladora da Saúde (ERS). A investigação foi realizada a partir da observação direta e da análise de um conjunto vasto de reclamações, subscritas nos últimos três anos (2015 a 2017), referentes à temática de transferência de utentes proporcionadas pela Entidade Reguladora da Saúde. Foi ainda realizada uma análise a documentos públicos acerca de dados estatísticos da área de saúde.

Os resultados obtidos evidenciam, efetivamente, a existência de constrangimentos de diferentes tipologias nos cuidados hospitalares e primários, sendo que o que se revelou mais notório consiste no elevado tempo de espera pelo transporte, apresentando uma taxa de ocorrência de 30%. Também se concluiu que quando analisado o maior constrangimento, elevado tempo de espera pelo transporte, na ótica das reclamações relacionadas com a temática “tempo de espera” apresentadas ao Serviço Nacional de Saúde, este corresponde aproximadamente a 1% do total.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde, Processo de Transferência, Transporte Interhospitalar; Constrangimentos, Entidade Reguladora da Saúde.

Abstract

The transference of users between different healthcare units has been recording a significant increase, creating a debate between health professionals.

This research has as objective to identify the intrinsic constraints in the transference process of users between different units of health care in continental Portugal and evaluate its dimension in the context of the National Health System.

The method used to study this problem is the analysis of a single case study, the case of the Portuguese National Health System. This case study has been achieved through direct observation and by analysing a set of complaints from the last three years (2015-2017) related to users' transfers enabled by the Health Regulatory Body. It was also analysed a set of public documents on statistic data related to healthcare.

The results show evidence of the existence of different type of constraints in hospital and primary care, being the most important the waiting time for transporting, which shows and occurrence rate of 30%. It was also concluded that when analysed through the National Health System the most important complaint related to waiting time only occurs 1% of the time.

Keywords: Healthcare, Users' Transference, Interhospital Transportation, Constraints, Entidade Reguladora da Saúde.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Índice	ix
Índice de Figuras.....	xii
Índice de Tabelas	xiv
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	xvi
Introdução.....	19
1. Enquadramento Teórico	23
1.1. Sistema de Saúde em Portugal.....	23
1.1.1. Caracterização	23
1.1.1.1. Serviço Nacional de Saúde	24
1.1.1.2. Setor privado	26
1.1.1.3. Setor Social e Cooperativo.....	27
1.1.2. Prestação de cuidados de saúde pelo SNS.....	28
2.2. Transferências de utentes.....	32
2.2.1. Transferências Hospitalares em Portugal	32
2.2.1.1. Conceito	32
2.2.1.2. Tipos de transferências hospitalares.....	33
2.2.2. Transferências nos Cuidados Primários.....	40
2.2.3. Processo de transferências de utentes entre unidades	41
2.2.3.1. Identificação e decisão	41
2.2.3.2 Destino das transferências.....	43
2.2.3.3. Análise de Risco	48
2.2.3.4. Questões de Segurança	52
2.2.3.4.1. Coordenação e Comunicação.....	54
2.2.3.4.2. Equipa de Transporte.....	56
2.2.3.4.3. Equipamento	57
2.2.3.4.4. Monitorização e Transporte	58
2. Metodologia.....	60
2.1. Objetivo do estudo.....	60
2.2. Caso de estudo.....	61
2.3. Técnica de Recolha de Dados	63

3. Apresentação do caso.....	65
4. Apresentação dos Resultados	69
4.1. Caracterização da Amostra.....	69
4.2. Constrangimentos no processo de transferência interhospitalar.....	70
4.3. Constrangimentos no processo de transferência nos cuidados primários	76
4.4. Enquadramento dos constrangimentos no universo das reclamações subjacentes ao Serviço Nacional de Saúde	79
4.4.1. Universo de reclamações referentes ao Serviço Nacional de Saúde .	79
4.4.2. Peso dos constrangimentos inerentes às transferências no total das reclamações subscritas ao SNS	81
4.5. Análise de Resultados	84
Conclusão.....	87
Contribuição para a literatura.....	88
Limitações e Sugestões para Investigações Futuras	89
Bibliografia.....	90

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução dos cuidados prestados pelo SNS entre 2010-2016.	25
Figura 2. Origem dos utentes referenciados para RNCCI.....	32
Figura 3. Evolução do número de Notas de Transferências e Vales Cirurgias emitidos de 2014 a 2016.	36
Figura 4. Percurso de um utente inscrito na Lista de Inscritos para a Cirurgia (LIC).....	37
Figura 5. Tipos de transferências hospitalares em Portugal.....	40
Figura 6. Exemplo de uma rede de referência de gastroenterologia na região Norte.....	45
Figura 7. Fases do Processo de transferência.....	48
Figura 8. Organigrama da ERS	67
Figura 9. Situação dos utentes transferidos	74
Figura 10. Nível do Serviço de Urgência do Hospital-Destino.....	76

Índice de Tabelas

Tabela 1. Constrangimentos associados ao processo de transferência interhospitalar	71
Tabela 2. Constrangimentos associados ao processo de transferência nos CSP	77
Tabela 3. Número de reclamações emitidas à ERS entre 2015 e 2017	80
Tabela 4. Tipologia de reclamações submetidas a ERS nos últimos três anos.	80
Tabela 5. Número de transportes secundários em 2015 e 2016	82
Tabela 6. Assuntos visados relativos ao tempo de espera entre 2015 e 2017.	84

Lista de Siglas e Abreviaturas

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
- ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
- ARS - Administração Regional de Saúde I.P.
- CRP – Constituição da República Portuguesa
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- CVP- Cruz Vermelha Portuguesa
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- GCS - *Glasgow Coma Scale*
- INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
- ISBAR - Identificação, Situação atual, *Background*, Avaliação e Recomendação
- LAC - Sistema Livre Acesso e Circulação de Utentes no Serviço Nacional de Saúde
- LIC – Lista de Inscritos para a Cirurgia
- LVT- Lisboa e Vale do Tejo
- NT/VC – Nota de transferência e Vale-Cirurgia
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RRH – Rede de Referência Hospitalar
- SBAR - S- Situação; B- *Background*; A- Avaliação; R- Recomendação
- SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SIV - Ambulâncias com Suporte Imediato de Vida
- SIGN OUT - S- *Sick ou DNR*; I – *Identifying data*; G – *General Hospital Course*; N – *New events of day*;
O – *Overall Health Status*; U – *Upcoming possibilities*; e T- *Tasks to complete overnight with plan*
- SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
- SNS - Serviço Nacional de Saúde
- SUB – Serviço de Urgência Básica
- SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- SUP – Serviço de Urgência Polivalente
- TAC - Tomografia computadorizada
- TFM- Trabalho Final de Mestrado
- TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantida

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UGA - Unidade de Gestão do Acesso

ULS- Unidade Local de Saúde

URGA - Unidade Regional de Gestão do Acesso

VDTV - Veículos Dedicados ao Transporte de Doentes

VMER - Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação

Introdução

Atualmente, a grande preocupação da área da medicina é assegurar ao paciente cada vez melhores condições de assistência, de diagnóstico, de terapêutica e de reabilitação por forma a garantir aos doentes um estado de bem-estar físico e mental (Lacerda, Cruvinel e Silva, s.d). Para tal, torna-se fulcral garantir o acesso aos cuidados de saúde de forma continuada e apropriada. Com o intuito de garantir as melhores condições de assistência em função das exigências clínicas do utente e tendo em consideração a diferenciação das diversas especialidades médicas, torna-se obrigatório recorrer às transferências de utentes para um nível de cuidados mais especializados ou para outro tipo de cuidados de saúde mais adequados.

As transferências resultam de uma reorganização ao nível dos cuidados de saúde, originando a necessidade de classificação dos hospitais de acordo com as especialidades e com a complexidade com que prestam cuidados de saúde. Neste sentido, em situações de necessidade de cuidados diferenciados, em situação de pedido expresso dos utentes, ou ainda quando existe a necessidade de realização de exames diagnósticos ou terapêuticos, torna-se essencial recorrer ao transporte interhospitalar para outras unidades hospitalares que possuam os recursos adequados às necessidades dos utentes.

No entanto, este processo de transferência tem revelado alguns constrangimentos na sua operacionalização nomeadamente ao nível dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares. É partir deste problema que emerge o objetivo deste trabalho de investigação: identificar e analisar a dimensão dos constrangimentos intrínsecos ao processo de transferência nos dois tipos de cuidados (primários e hospitalares). Para tal, foi proposta a seguinte questão de investigação: “Quais os principais constrangimentos na transferência de utentes nos cuidados primários e hospitalares?”.

De forma a responder à questão de investigação e alcançar os objetivos propostos foi selecionado um caso de estudo único, o caso da ERS.

A escolha da questão de investigação emerge por dois motivos fundamentais. Em primeiro lugar, a identificação dos constrangimentos pode ser uma mais-valia para a ERS, que através do estatuto que detém, nomeadamente na definição e implementação de um conjunto de protocolos e procedimentos associados ao processo de transferência, pode contribuir para a diminuição da ocorrência destes constrangimentos. E em segundo lugar, associado ao fato de os constrangimentos serem transversais aos três setores da saúde (público, privado e social) tendo um impacto claro na concretização do acesso aos cuidados de saúde.

A recolha dos dados primários foi obtida através da observação direta e da análise de conjunto de reclamações alusivas à temática das transferências durante o período temporal de 2015 a 2017. Os dados secundários foram adquiridos a partir da análise de documentos internos da ERS e de outras fontes estatísticas relativas aos cuidados de saúde.

O presente Trabalho Final de Mestrado (TFM) encontra-se subdividido em quatro grandes capítulos. O primeiro capítulo respeita ao enquadramento teórico começando por abordar o Sistema de Saúde em Portugal e de seguida fazendo uma contextualização acerca do tema central da investigação, as transferências.

O segundo capítulo apresenta a metodologia de estudo utilizada para guiar a investigação, definindo o objetivo do estudo, a questão de investigação assim como as técnicas utilizadas na recolha dos dados. O terceiro capítulo contempla uma descrição acerca da ERS, entidade detentora de poderes regulatórios na área da saúde. O quarto capítulo foca-se na exposição e na discussão dos resultados obtidos, através de uma descrição detalhada de cada constrangimento verificado nos dois tipos de cuidados. Por fim, são apresentadas as principais conclusões e a contribuição para a literatura, bem como as limitações da investigação, e sugestões para desenvolvimentos futuros dentro da área em questão.

Capítulo 1

Enquadramento Teórico

1.1. Sistema de Saúde em Portugal

1.1.1. Caracterização

A saúde pública corresponde à ciência e à arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e melhorar a saúde e eficiência mental e física por meio dos esforços organizados da comunidade (Winslow, 1923). Tem como objetivos a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento precoce da doença, e a recuperação (Ferreira, 1990).

O direito à prestação de cuidados de saúde é considerado uma conquista civilizacional (Nunes, 2005). De acordo com o artigo 4º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março “todo o utente tem direito a receber com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde, mais adequados e tecnicamente mais corretos, de que necessita”. O direito à prestação de cuidados de saúde encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa (CRP), que assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, equidade, ética e solidariedade (Rego, 2010).

O sistema de saúde em Portugal é constituído por setores que concretizam o acesso à prestação dos cuidados de saúde: o setor público, o setor privado, o setor social e o setor cooperativo.

1.1.1.1. Serviço Nacional de Saúde

Segundo a CRP, o Estado é o principal responsável pela saúde da população em Portugal, sendo o Serviço Nacional de Saúde (SNS) o elemento estruturante do sistema de saúde em Portugal (OPSS, 2017). O SNS é definido de acordo com o artigo 1º do Decreto-Lei n.º 11/1993 de 15 de janeiro como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde” tendo como responsabilidade a proteção da saúde individual e coletiva da população. Nesse âmbito, Paulo (2010) caracteriza o SNS como “um seguro público com cobertura universal e equitativa, e com custos reduzidos sob a forma de impostos e taxas moderadoras, surgindo com o intuito de consagrar o direito à proteção da saúde”. O SNS funciona como um sistema universal e livre e garante o acesso à prestação de cuidados de saúde para toda a população através das Administrações Regionais de Saúde (ARS). Conforme consta no artigo 5º do Decreto-Lei n.º 11/1993 de 15 de janeiro existem cinco ARS em Portugal Continental: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve, sendo o seu principal objetivo adequar os recursos disponíveis às necessidades das populações locais. É através destas cinco ARS que o setor público garante o acesso aos cuidados de saúde primários (CSP), aos cuidados hospitalares e aos cuidados continuados integrados.

No ano de 2015, existiam em Portugal 225 hospitais, dos quais 110 providenciados pelo Serviço Nacional de Saúde. Destes, 104 correspondem a hospitais de acesso universal e 6 de acesso restrito. Nesse ano foram realizadas 910,6 mil cirurgias em Portugal, tendo os hospitais públicos sido responsáveis por 66% das cirurgias. Ainda em 2015, 72% dos internamentos hospitalares ocorreram em hospitais públicos, tendo estes sido palco de 62,3% das consultas médicas num universo de 18,9 milhões de consultas realizadas em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Ao longo deste período os hospitais

públicos foram responsáveis por 85% dos diagnósticos realizados e por 63,5% dos atos complementares de terapêutica (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Em 2016 regista-se um aumento de procura pelos hospitais pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde face ao ano anterior, tendo-se confirmado um aumento geral pelos vários cuidados prestados pelo SNS, como ilustrado na figura 1. (Ministério da Saúde, 2016). Desta forma foi possível observar o número de atendimentos nas urgências mais elevado dos últimos anos, traduzindo-se em 6.405.707 episódios de urgências e constatou-se igualmente um aumento da realização das consultas médicas bem como do total de cirurgias realizadas (677.339 cirurgias em 2016) (Ministério da Saúde, 2016). De forma de responder ao aumento da procura registado em 2016, os hospitais pertencentes ao SNS aumentaram a sua capacidade instalada em 21.384 camas, traduzindo-se num aumento de 0,4% face a 2015 (Ministério da Saúde, 2016).

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Total de Consultas Médicas	10.936.620	11.209.881	11.271.127	11.694.040	11.883.898	12.089.277	12.139.890	0,4%
Primeiras consultas	3.108.628	3.201.743	3.261.262	3.368.735	3.398.464	3.476.173	3.509.155	0,9%
Consultas Subsequentes	7.827.992	8.008.138	8.009.865	8.325.305	8.485.434	8.613.104	8.630.735	0,2%
Urgência (Atendimentos)	6.410.852	6.416.281	5.939.867	6.107.929	6.168.324	6.118.365	6.405.707	4,7%
Internamentos (Doentes Saídos)	861.715	844.280	841.380	841.251	824.849	819.483	819.476	0,0%
Total de Intervenções Cirúrgicas	664.592	625.531	644.027	656.257	658.049	665.519	677.399	1,8%
Programadas	555.560	518.783	537.514	551.936	557.309	563.947	577.191	2,3%
Convencionais	281.072	252.113	248.101	244.171	237.311	232.749	226.918	-2,5%
Ambulatório	274.488	266.670	289.413	307.765	319.998	331.198	350.273	5,8%
Urgentes	109.032	106.748	106.513	104.321	100.740	101.572	100.208	-1,3%
% Cirurgias em Ambulatório	49,4%	51,4%	53,8%	55,8%	57,4%	58,7%	60,7%	3,4%

Figura 1. Evolução dos cuidados prestados pelo SNS entre 2010-2016.

FONTE: ACSS

No entanto, apesar da crescente procura nos últimos anos e da sua resposta em conformidade, o SNS tem-se demonstrado ineficiente em alguns aspetos. Assim, é evidente a existência de constrangimentos como excessivas filas de espera nas urgências e para a realização de cirurgias, o número exagerado de utentes atribuídos a cada clínico geral, a grande concentração dos cuidados médicos nos grandes centros urbanos e a grande dificuldade de acessibilidade da população aos cuidados de saúde no tempo e na forma de que necessitam (Fernandes e Nunes, 2016). Esta limitação de resposta do SNS pode ser indicada como um dos fatores que tem contribuído para o crescimento do setor privado na saúde (Fernandes e Nunes, 2016), sendo este apresentado na secção seguinte.

1.1.1.2. Setor privado

O setor privado na área da saúde é composto por estabelecimentos não integrados no Serviço Nacional de Saúde, mas que, tal como o SNS exercem atividades com o objetivo de prestar serviços e cuidados de saúde. Estes estabelecimentos privados regem-se pelo Decreto-Lei nº 279/2009 de 6 de outubro. Em 2015, o setor privado era responsável por 111 hospitais (num total de 225) e participava em 4 parcerias público-privada¹ (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

As unidades de saúde privadas têm vindo a ganhar maior importância ao longo dos últimos anos, não só devido aos constrangimentos associados ao SNS anteriormente referidos, mas também como resultado do aumento do número de pessoas com seguro de saúde privado (1.196.101 pessoas em 2015) (Sociedade de Consultores Augusto Mateus & Associados, 2007). Outra das razões apontadas para o seu crescimento está associada a uma maior utilização da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE) por parte dos seus beneficiários,

¹ “Uma parceria público-privada é um contrato de longo prazo entre o setor público e a entidade privada exigindo a prestação (por parte do parceiro privado) de um serviço de um determinado ativo de longa duração e o pagamento de serviços (por parte do parceiro privado, usuário final, ou ambas) com base na disponibilidade ou procura.” (Monteiro, 2007).

que devido a obtenção de seguro cada vez mais recorrem as unidades privadas. Constatando a tendência de aumento de importância do setor privado, entre 2006 e 2016 abriram mais de 20 hospitais privados, aumentando a capacidade disponível para dar resposta ao aumento da procura registado (em 2015 havia 8.899 camas, enquanto que em 2016 já havia 11.196) (Borja-Santos, 2017). Registou-se um crescimento de 14,5% do número de atendimento nas urgências do setor privado entre 2014 e 2015, tendo sido realizadas 6,8 milhões de consultas e cerca de 1,76 milhões de urgências em 2015 (Mendes, 2016).

Apesar do aumento da procura pelo setor privado, a verdade indubitável reside na existência dos dois sistemas (público e privado) ser fundamental em virtude das relações de substituição e complementaridade que estabelecem na prestação de cuidados de saúde (Fernandes e Nunes, 2016). A relação de substituição concretiza-se na escolha do utente pelo setor privado em detrimento do público enquanto que a relação de complementaridade se manifesta em situações nas quais os utentes recorrem aos prestadores de saúde privados por estes possuírem estabelecidos acordos com o setor público sob a forma de convenções e de contratação de serviços. A cooperação entre estes dois setores permite que o acesso universal aos cuidados de saúde seja assegurado de forma tempestiva, que os problemas associados ao SNS sejam atenuados, e que haja uma resposta eficiente com qualidade e atempada à crescente procura (Fernandes e Nunes, 2016).

1.1.1.3. Setor Social e Cooperativo

O setor social e cooperativo denota uma realidade multissecular na sociedade portuguesa, assumindo o papel de proteção social enquanto terceiro setor da economia (Maia, 2017). Inicialmente este setor era apenas designado de setor cooperativo conforme consta na CRP de 1976, sendo que com a revisão de 1989 foi incorporada ao setor já existente a componente social (Oliveira, 2013). Desta

forma, este setor é constituído por organizações sem fins lucrativos e não-governamentais que têm como objetivo a prestação de serviços públicos. É um setor caracterizado por deter uma “abordagem mais humanista, mais próxima e mais benéfica para os cidadãos, sobretudo para os que vivem situações de maior fragilidade social” (Maia, 2017).

No caso da área da saúde, este setor presta assistência aos utentes através da oferta de unidades de cuidados continuados integrados e de hospitais de cariz social, sendo estes normalmente geridos pela Santa Casa da Misericórdia. Uma parte deste tipo de hospitais recebe financiamento público - através do SNS - prestando assistência médica aos utentes nos mesmos moldes que os hospitais públicos.

1.1.2. Prestação de cuidados de saúde pelo SNS

Entende-se por prestação de cuidados de saúde “as atividades desenvolvidas por profissionais de saúde devidamente habilitados e credenciados para o efeito, que tenham por objeto a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como o diagnóstico, o tratamento, a terapêutica e a reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar físico e mental” (ERS, 2017). A prestação dos cuidados de saúde providenciada pelo Serviço Nacional de Saúde abrange três segmentos diferentes: os cuidados primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados.

Os cuidados de saúde primários constituem o pilar central do subsistema de saúde usufruindo de importantes funções como: promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença, continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, 2014). Estes cuidados “representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo que os cuidados

são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários, 1978). Das unidades prestadoras de cuidados de saúde primários fazem parte os centros de saúde - que se encontram incorporados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) - e as Unidades Locais de Saúde (ULS). Em 2017 existem em Portugal Continental 55 ACES e 8 ULS, sendo que a maioria destas Unidades Locais de Saúde se encontra localizada no interior do país (Serviço Nacional de Saúde, 2017). É da responsabilidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde primários assegurar a prestação de consultas de Ambulatório (abrangendo as consultas de planeamento familiar e saúde materna), consultas de Serviço Atendimento Permanente e consultas Atendimento Complementar (Farinha, 2007). O número de inscritos nos cuidados primários, em 2016, era de 10.064.176 utentes sendo que destes, 769.537, ainda não possuíam médico de família atribuído (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Embora este número seja elevado, regista-se uma melhoria face ao ano anterior (2015), tendo 26,6% dos utentes passado a ter médico de família. Adicionalmente, nas unidades de cuidados de saúde primários, em 2016 foram realizadas mais de 31 milhões de consultas, representando um aumento de 1,8% aquando comparado a 2015 (Serviço Nacional de Saúde, 2017). No entanto, podem ainda ser identificados vários constrangimentos, como a distribuição desigual de recursos, as dificuldades de acesso aos centros de saúde causando idas sistemáticas e excessivas às urgências hospitalares e a fraca reputação que os centros de saúde detêm, incitando, na maioria das vezes, um segundo pedido de opinião aos hospitais quer públicos quer privados (Barros, 2000).

Os cuidados hospitalares ou secundários são oferecidos por hospitais pertencentes ao SNS que auxiliam na prestação dos cuidados de saúde principalmente quando os cuidados primários não conseguem dar resposta por

falta de competências ou de capacidade, atuando num nível mais especializado. Os hospitais são, no âmbito do Decreto-Lei-n.º 48/359 de 27 de abril definidos como “serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação “. Estes são classificados hierarquicamente em quatro grupos consoante as suas responsabilidades e valências, de acordo com o definido na Portaria n.º 82/2017 de 10 de abril:

“•Grupo I - são os estabelecimentos hospitalares que disponibilizam as valências médicas e cirúrgicas a uma área de influência direta abrangendo cerca de 75.000 e 500.000 habitantes.

•Grupo II - são os estabelecimentos hospitalares que disponibilizam valências médicas e cirúrgicas do grupo I à sua própria área de influência direta. No entanto possuem uma área de influência indireta à qual disponibilizam as valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, entre outras.

•Grupo III - são estabelecimentos hospitalares que abrangem todas as especialidades médicas e cirúrgicas, no entanto as áreas de maior diferenciação e subespecialização estão sujeitas a autorização do ministro da Saúde.

•Grupo IV - são os estabelecimentos hospitalares especializados para doentes de evolução prolongada e convalescentes atuando nas áreas medicina física e reabilitação, de psiquiatria e saúde mental, e de oncologia “.

Importa referir que apesar do seu nível de classificação todos prestam serviços de internamento, consulta externa, urgência, bloco operatório, meios complementares de diagnóstico e terapêutico e hospital de dia (Farinha, 2007). No caso de Portugal Continental existem 22 Centros Hospitalares, sendo cada um responsável por um conjunto de hospitais.

O último nível de cuidados, os continuados integrados, de acordo com o artigo 5º do Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 julho “assenta nos paradigmas da

recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: A reabilitação, a readaptação e a reintegração social; e a provisão e manutenção de conforto e qualidade devida, mesmo em situações irrecuperáveis”. Assim, os indivíduos que necessitam deste tipo de cuidados são aqueles cuja vida depende de outra pessoa para desempenhar as tarefas básicas do dia-a-dia. Este nível de cuidados tem vindo a ganhar uma grande importância devido ao crescente envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, surgindo assim a necessidade da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) prevista no Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 julho.

Em 2015 existiam cerca de 110.335 pessoas dependentes de cuidados ao domicílio e cerca de 48.500 pessoas acamadas (Carricho, 2015). Por conseguinte e devido ao aumento do envelhecimento, conforme já mencionado houve, em 2016 um acréscimo de camas neste nível de cuidados em cerca 8,4% assim como um crescimento em 4,5% de utentes assistidos na RNCCI face a 2015 (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Em 2016 cerca de 65,7% dos utentes foram referenciados pelos hospitais e os restantes 34,3% foram pelos cuidados de saúde primários, conforme é possível observar na figura 2.

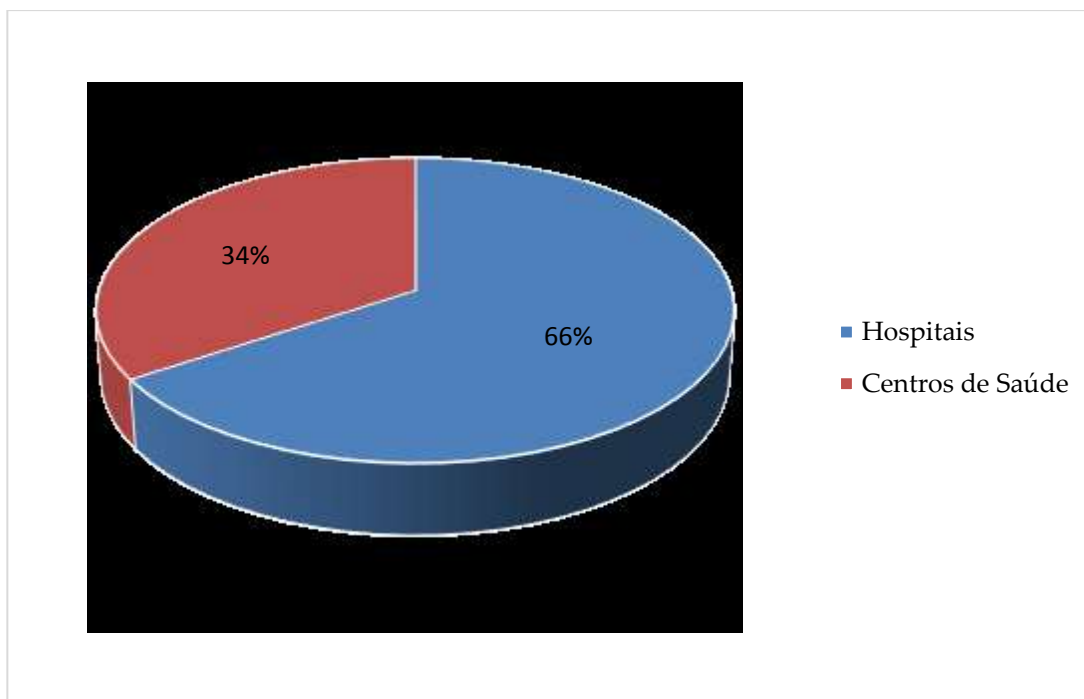


Figura 2. Origem dos utentes referenciados para RNCCI
FONTE: ACSS (2017)

2.2. Transferências de utentes

2.2.1. Transferências Hospitalares em Portugal

2.2.1.1. Conceito

As transferências dos utentes são motivadas pela necessidade do SNS em prestar cuidados de saúde de forma integrada, com qualidade e com todos os recursos especializados. A temática das transferências é um assunto de grande debate entre os profissionais de saúde (Martins e Martins, 2010). As transferências, segundo o regulamento emitido pela ERS (2017), correspondem ao “processo de encaminhamento do utente do estabelecimento de origem para o estabelecimento de destino”. De acordo com Droogh, Smit, Absalom, Lgtenberg e Zijlstra (2015) as transferências podem ser definidas como uma continuação de cuidados prestados ao paciente. Assim, estas justificam-se por ser

facultado ao paciente uma assistência médica de nível superior, nomeadamente com recursos especializados, e em casos que seja necessário, com a possibilidade de realização de exames complementares ou de diagnóstico que não se encontrem disponíveis na unidade de referência (Hanane, Wiles, Senussi, Han, Wang, Hite e Guzman, 2017; Martin, 2012).

Considerando o aumento da procura por cuidados de saúde em resultado do envelhecimento populacional, torna-se relevante a gestão eficiente do número de pacientes nas unidades hospitalares vigentes. Martin (2012) aponta a grande complexidade dos cuidados de saúde, a concentração de especialidades em determinadas unidades hospitalares e a escassez de recursos, nomeadamente da disponibilidade de camas nas unidades dos cuidados intensivos como razões que justificam o aumento das transferências de pacientes. Na realidade prevê-se um aumento das necessidades da UCI nos próximos anos com um acréscimo de 1,5% por ano (Gomes, 2015). Outra das razões que está subjacente ao aumento das transferências, exclusivamente do setor privado para o setor público, diz respeito ao esgotamento dos *plafonds* dos seguros de saúde originando a que muitos utentes tenham de concluir os seus tratamentos no Serviço Nacional de Saúde (Lusa, 2016).

2.2.1.2. Tipos de transferências hospitalares

A Administração Central do Sistema de Saúde (2011) caracteriza as transferências a nível da responsabilidade ou da cirurgia. As transferências de responsabilidade poderão ser intra ou interhospitalares. Enquanto as primeiras poderão acontecer por acordo, as segundas poderão ser feitas por acordo ou por emissão de nota de transferência ou vale de cirurgia (NT/VC). As transferências de cirurgia, tal como as interhospitalares acontecem em resultado da emissão de NT/VC e por acordo.

As transferências intra-hospitalares referem-se às transferências que ocorrem dentro da mesma instituição hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011). Estas surgem quando há transferência da responsabilidade do tratamento integral do paciente entre unidades da mesma instituição de saúde, ou quando é necessário deslocar o paciente para a realização de testes diagnósticos como tomografias computadorizadas (TAC), ressonâncias magnéticas ou para a realização de intervenções cirúrgicas (Júnior, Carvalho, Filho, Malzone e Pedersoli, 2007).

As transferências interhospitalares constituem o transporte do paciente para uma outra instituição hospitalar sempre que a situação clínica do paciente exija uma maior disponibilidade de recursos humanos, novos diagnósticos e terapias não existentes no hospital de origem (ACSS, 2011). Este tipo de transferências decorre no âmbito da rede de referência e necessita do consentimento do utente ou da família nos casos em que o utente não tenha capacidade para prestar consentimento (Kulshrestha e Singh, 2016). Na maioria dos casos em que ocorrem, estas são motivadas pela concretização de cirurgias ou dar continuidade ao tratamento. As situações abrangidas nas transferências interhospitalares são enumeradas pela ERS (2017):

- i. Transferências de pacientes em estado crítico;
- ii. Transferências de pacientes internados devido à sua situação clínica se ter agravado;
- iii. Transferências decorrentes de situações programadas com o objetivo de dar continuidade dos cuidados numa unidade de saúde mais próxima da área de residência;
- iv. Transferências de situações com o objetivo de dar continuidade dos cuidados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- v. Transferência para unidades diferenciadas do SNS;

- vi. Transferências de situações cirúrgicas, no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC);
- vii. Restantes situações de transferência devido à situação clínica ou devido à própria vontade do utente;

As transferências de episódios cirúrgicos entre as instituições públicas do Serviço Nacional de Saúde, conforme já referido ocorrem mediante dois processos distintos: o processo de emissão de nota de transferência (NT) e de Vale-cirurgia (VC) ou pelo processo de transferência de responsabilidade por acordo (Circular Normativa 10/2017/UGA/ACSS de 08 de maio de 2017). Ambos os processos permitem aumentar a equidade no acesso aos cuidados de saúde, atenuando as diferenças na capacidade de resposta ao salvaguardar os tempos de resposta aos utentes (Tribunal de contas,2017).

O processo de emissão de Nota de Transferência e de Vale-Cirurgia destina-se a pacientes que se encontrem registados na lista de inscritos para Cirurgia (LIC) e ocorrem quando a transferência de um paciente é motivada pelo hospital de origem não conseguir garantir a realização da cirurgia programada ou o seu agendamento com todos os recursos existentes até 100% dentro do tempo máximo de resposta garantida (TMRG). Assim, no caso das notas de transferências (NT), estas só podem ser emitidas três meses após a inscrição do paciente na LIC dando a possibilidade ao utente de escolher, dentro de uma lista de hospitais públicos propostos, qual o hospital onde deseja realizar a cirurgia (Circular Normativa 10/2017/UGA/ACSS de 08 de maio de 2017). Para tal, “os hospitais que estão disponíveis para receber os pacientes transferidos para realização das cirurgias devem demonstrar o seu interesse, bem como ainda identificar o volume semanal de cirurgias que se propõem a realizar” (Circular Normativa 10/2017/UGA/ACSS de 08 de maio de 2017). No caso da emissão de VC o utente, ao contrário da emissão de NT, tem um maior leque de escolha

podendo optar por um hospital inserido na lista de hospitais públicos, privados e sociais (ACSS, s.d).

Conforme pode ser observado na figura 3, entre 2014 e 2016 verifica-se uma queda da emissão dos VC contrariamente ao verificado na emissão de NT. Segundo a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, tal pode ser justificado pelo “aumento da disponibilidade dos hospitais do SNS para receberem essas transferências, em resposta à criação do Programa de Incentivo à Realização da Atividade Cirúrgica no SNS (...)”. De facto, este programa de incentivo criado pelo Ministério da Saúde assumiu grande importância na promoção da atividade cirúrgica dentro do SNS, reduzindo assim o recurso ao setor social ou privado (Tribunal de Contas, 2017).

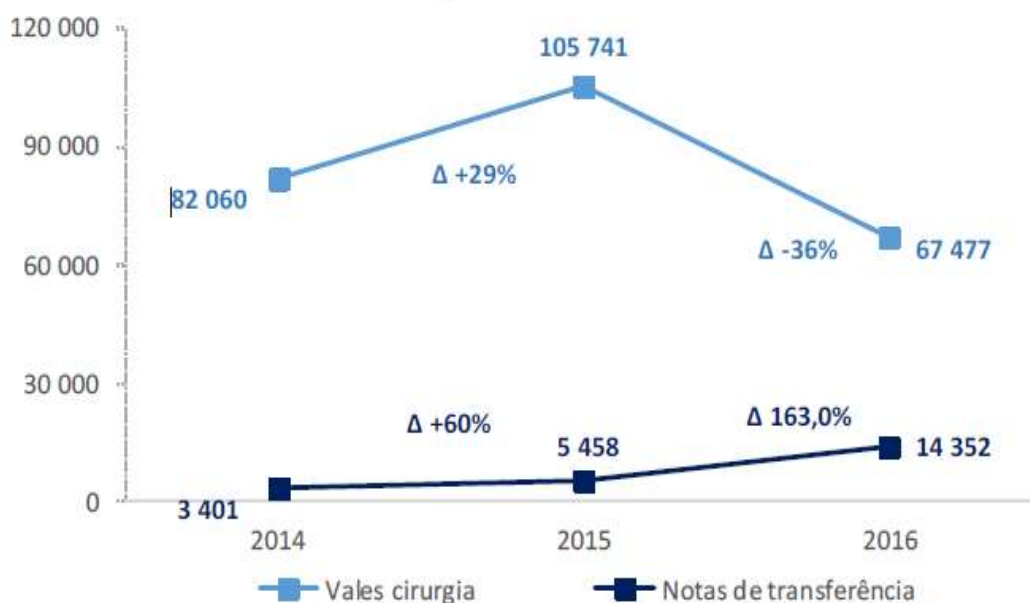


Figura 3. Evolução do número de Notas de Transferências e Vales Cirurgias emitidos de 2014 a 2016.

FONTE: Tribunal de Contas (2017)

O percurso de um utente na LIC é traçado consoante o tempo máximo de resposta que é definido. Este tempo de resposta encontra-se dependente da prioridade clínica que é atribuída ao utente. Na figura 4 encontra-se sumariada a descrição deste processo.

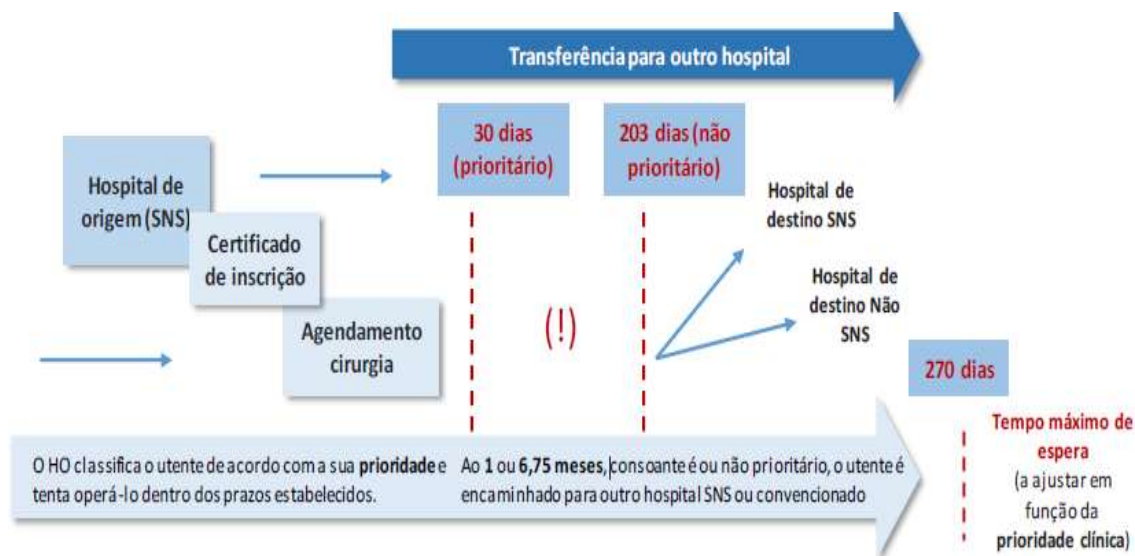


Figura 4. Percurso de um utente inscrito na Lista de Inscritos para a Cirurgia (LIC).
 FONTE: Tribunal de Contas (2017)

Alternativamente as transferências poderão ser de responsabilidade por acordo, consistindo em transferências de pacientes entre instituições públicas do SNS que ocorrem ou por conveniência justificada do utente ou caso se verifiquem as condições a seguir enunciadas: “i) O utente não esteja já agendado para a realização da cirurgia; ii) O utente dê o seu consentimento informado à transferência; iii) Haja acordo entre os hospitais de origem e de destino; iv) Haja um parecer favorável dos respetivos responsáveis ou diretores de serviço dos hospitais de origem e de destino envolvidos” (Circular Normativa 10/2017/UGA/enti de 08 de maio de 2017). Em conformidade com a mesma Circular Normativa, das transferências de responsabilidade de acordo podem também “fazer parte instituições que tenham estabelecido contractos de Gestão ou Acordos de Cooperação com o SNS, no entanto para tal é necessário a aprovação da ARS dos hospitais envolvidos”. É ainda importante realçar que ao abrigo do disposto na alínea c) da mesma Circular, as transferências anteriormente descritas pressupõem a transferência integral da responsabilidade do paciente incluindo todos os exames, consultas e tratamentos que sejam

necessários antes ou após a cirurgia. No entanto, cumpre ainda invocar que segundo a alínea g) da mesma Circular Normativa torna-se indispensável que quando “um hospital perder determinadas competências para a realização de um certo procedimento cirúrgico deve informar a Unidade de Gestão do Acesso (UGA) da ACSS e a Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) da ARS respetiva, para que com a colaboração destas, assegurem a transferência dos utentes para outro hospital para realizarem o procedimento cirúrgico”. Conforme consta da alínea h) ainda respeitante à mesma circular, o pagamento da cirurgia realizada no hospital-destino deve ser efetuado conforme documentado no seu contrato-programa anual, “devendo a respetiva ARS assegurar que é possível incluir o pagamento da atividade transferida dentro dos valores já contratados com o hospital”.

Waddell (1975) também sustenta a existência de transferências intra-hospitalares, definindo-a como “uma parte da medicação de cuidados médicos”. Este tipo de transferência é motivado pelo estado de saúde instável que gera a necessidade de realizar frequentemente exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos que não podem ser realizados junto da cama dos pacientes (Silva e Amarante, 2015). Pires, Santos, Santos, Brasil e Luna (s.d), apresentam ainda outra perspetiva ao analisar as transferências intra-hospitalares a partir da ótica da transferência temporária do paciente entre diferentes profissionais de saúde dentro da mesma instituição hospitalar.

Júnior *et al.*, (2007) distingue quatro tipos de transferência intra-hospitalar:

1. Transferência, sem retorno do paciente, para fora da UCI como o centro cirúrgico ou a sala de recuperação anestésica;
2. Transferência do paciente para a UCI;
3. Transferência do paciente primariamente da UCI para o centro cirúrgico e posterior retorno;

4. Transferência da UCI para uma unidade onde se realiza procedimentos diagnósticos e regresso à mesma.

As transferências interhospitalares são definidas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) como tendo o intuito de iniciar ou dar continuidade a um tratamento cujos recursos, técnicos e humanos, não estão disponíveis no hospital de origem. Para Sethi e Subramanian (2014) este tipo de transferência faz parte do processo integral da saúde e é essencial para que o paciente tenha acesso aos melhores cuidados de saúde.

Uma abordagem diferente do conceito é apresentada por Dunn, Gwinnutt e Gray (2007) que argumentam a existência de transferências primárias e secundárias. As primárias dizem respeito à transferência do paciente do local pré-hospitalar (sítio onde o paciente foi recolhido) para o hospital, de forma a ser possível prestar todos os cuidados médicos que o paciente necessitar. As secundárias ocorrem quando os recursos disponíveis estão sobrecarregados ou simplesmente não existem localmente. Estas incluem as transferências intra-hospitalares e as transferências interhospitalares e são necessárias para pacientes em estado crítico (Dunn *et al.*, 2007). Em concordância estão os autores Hunt e Prior (2015) que acrescentam ainda mais uma subcategoria para além das que foram descritas anteriormente, as transferências terciárias. Ao contrário das transferências primárias e secundárias, estas não ocorrem por razões clínicas, mas sim por razões financeiras ou por razões sociais justificadas por uma maior proximidade dos familiares e amigos.

De forma a sintetizar este subcapítulo, é possível observar a figura 5 na qual se encontram os tipos de transferência hospitalar em Portugal:

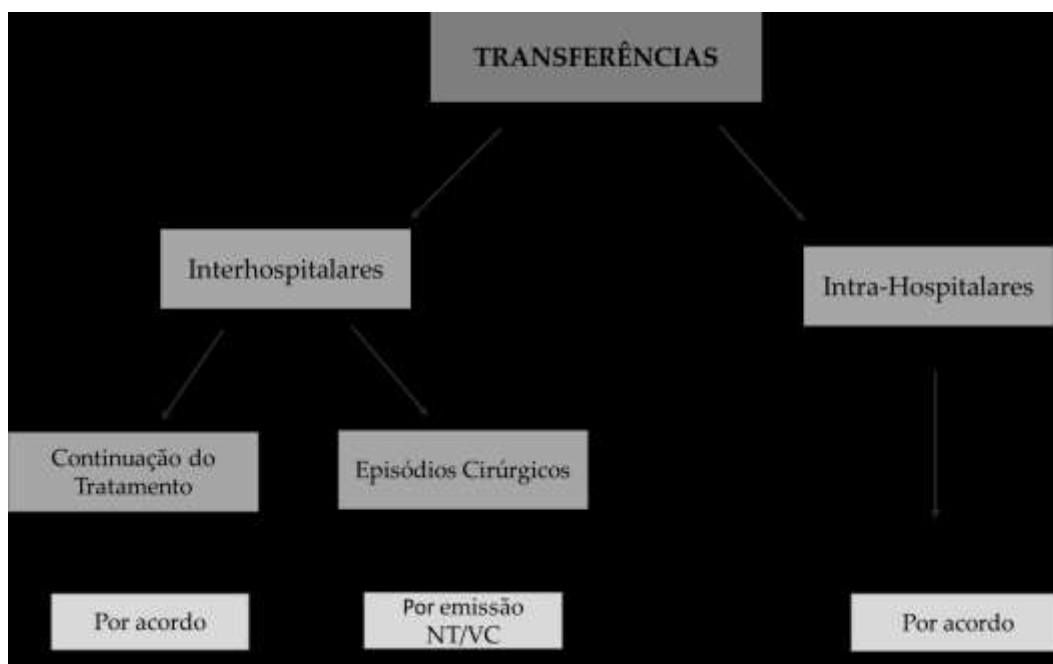


Figura 5. Tipos de transferências hospitalares em Portugal.
 FONTE: Elaboração Própria

2.2.2. Transferências nos Cuidados Primários

Conforme consagrado no artigo 64º da CRP, os cuidados de saúde primários concretizam numa primeira linha o direito à proteção da saúde (Crisóstomo, 2016). Os estabelecimentos intitulados com a especialidade de Medicina Geral e Familiar tanto podem ser de natureza pública, de natureza privada ou de natureza social, sendo que em 2008 cerca de 60% dos estabelecimentos de cuidados primários pertenciam ao setor público (ERS, 2009).

Os cuidados de saúde providenciados pelo SNS abrangem a universalidade da população e são tendencialmente gratuitos. Assim, todos os utentes têm o direito à inscrição num Centro de Saúde por si escolhido assim como o direito de lhes ser atribuído um médico de família, de acordo com os recursos existentes, ao abrigo do artigo 5º do Decreto-Lei nº 157/1999 de 10 de maio.

De forma a ter acesso aos serviços de cuidados primários os utentes deverão apresentar o cartão de utente do SNS e pagar o valor correspondente a taxa moderada à exceção dos utentes que estejam isentos, conforme estabelecido pela Portaria n.º 1320/2010 de 28 de dezembro.

Atendendo à especialidade de Medicina Geral e Familiar providenciada pelo setor público torna-se complicado fazer o ajustamento entre as necessidades dos utentes e a capacidade de resposta dos centros de saúde, provocando na maioria das vezes constrangimentos no acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Surge desta forma a necessidade de garantir a eficiência na gestão da procura face a oferta recorrendo às transferências de utentes.

As transferências dos cuidados primários, ao contrário das hospitalares, envolvem menos riscos e contrapartidas dado que, na maioria dos casos, os utentes não se encontram em situações emergentes. Neste nível de cuidados as transferências podem se processar entre diferentes centros de saúde (*inter*) ou dentro do mesmo centro de saúde, mas entre diferentes médicos de família (*intra*).

2.2.3. Processo de transferências de utentes entre unidades

2.2.3.1. Identificação e decisão

A decisão de transferir um paciente deve ser ponderada e não ser vista como um processo automático e rotineiro. Assim, a decisão de transferência - quer seja para outro hospital ou dentro da própria instalação - deve basear-se na avaliação dos potenciais benefícios e dos riscos em que o paciente poderá vir a incorrer (Warren, Fromm, Orr, Rotello e Horst, 2004). Contudo, antes de tomar a decisão devem ser identificados entre todas as partes os motivos que originam a transferência.

Segundo a Circular Normativa 10/2017/UGA/ACSS de 08 de maio de 2017, no Serviço Nacional de Saúde Português no caso de as transferências serem referentes a episódios cirúrgicos, estas ocorrem principalmente devido a três motivos: "(i) conveniência justificada do paciente; (ii) no caso de uma determinada instituição hospitalar não ter competências técnicas para realizar a

cirurgia; (iii) quando o hospital de origem não consegue garantir a realização da cirurgia ou efectuar o seu agendamento ate 100% do TMRG". Se os motivos forem para além do melhor atendimento ao paciente passa a tornar-se uma questão de ética devendo esta ser comunicada ao paciente e à sua família (Hunt e Prior, 2015).

As transferências também podem ocorrer por razões não clínicas, podendo ser motivada pela falta de disponibilidade de camas, questões de financiamento, preferência do paciente e/ou familiares ou por proximidade geográfica (Sethi e Subramanian, 2014). Todavia qualquer que seja o motivo para a transferência, a decisão deve ser sempre centrada no paciente tendo em conta o seu bem-estar (Sethi e Subramanian, 2014).

Nos casos em que a transferência ocorre sem ser pela livre escolha do paciente, a decisão sobre a mesma é da responsabilidade do médico. Após a análise de riscos e benefícios subjacentes, a decisão de transferência será tomada caso os benefícios para o paciente sejam superiores aos riscos inerentes ao processo de transferência (Júnior *et al.*,2007). Depois de tomada, a responsabilidade da decisão fica a cargo não só do médico, mas também da equipa médica e do diretor do serviço (SPCI, 2008). Caso o paciente esteja em estado crítico e para que o processo se inicie é obrigatório o consentimento por escrito dos familiares e do paciente, na qual evidenciam o conhecimento do motivo da transferência e a consciência dos riscos em transportar o paciente (Kulshrestha e Singh, 2016).

Na Holanda, através de um estudo realizado por Lieshout, Vos, Binnekade, Haan, Schultz e Vroom (2008) a noventa e cinco unidades hospitalares permitiu obter as oito determinantes que influenciam a tomada de decisão do transporte no caso de pacientes em estado crítico: idade, pressão de oxigenação arterial, nível de pressão expiratória positiva, dose de infusão de noradrenalina, arritmia, facilidade de transporte, equipa médica especializada, indicação para transporte. Desse conjunto de fatores, os autores acima mencionados concluíram que os que

tinham uma maior relevância na tomada de decisão eram as facilidades de transporte e a presença de uma equipa especializada.

2.2.3.2 Destino das transferências

Uma decisão importante é a escolha do destino do paciente, sendo que independentemente da escolha o paciente terá direito a receber o mesmo nível de preparação, de supervisão e de cuidados médicos (Jarden e Quirke, 2010).

Nas transferências intra-hospitalares, conforme já explicado anteriormente, o destino escolhido será para outras unidades ou alas hospitalares ou para o centro cirúrgico (dentro da mesma unidade hospitalar) conforme as necessidades dos pacientes.

As transferências interhospitalares podem ocorrer entre estabelecimentos do setor público e privado ou vice-versa, quer entre estabelecimentos do setor público ou entre estabelecimentos do setor social e setor público. Todos os utentes têm liberdade na escolha do seu destino, constituindo esta liberdade um dos pilares na relação do utente com os prestadores de cuidados de saúde. No entanto, para que os utentes possam exercer o seu direito de escolha da forma mais consciente possível é fundamental que tenham conhecimento e acesso a toda a informação e que esta seja fiável (ERS, 2017).

Nas situações em que as transferências se processam de um hospital público para outro da mesma natureza, a escolha do hospital-destino é feita com base nas Redes de Referência Hospitalar (RRH). Estas redes funcionam como sistemas que contêm um conjunto de especialidades médicas cujo objetivo é regular as relações de complementaridade e dar apoio técnico às instituições hospitalares que pertençam ao SNS. As RRH visam “satisfazer as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade” (Portaria n.º 123-A/2014 de 19 de junho). Estas redes permitem

ainda assegurar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde dentro do TMRG, permitindo que estes recebam mais e melhores cuidados assistenciais de forma continuada e tempestiva.

No âmbito da Portaria n.º 123-A/2014 de 19 de junho, as RRH devem integrar “as especialidades ou subespecialidades reconhecidas pela ordem dos médicos e ainda os centros de referência do SNS que venham a ser criados”, conforme é observável na figura 6.

Ainda ao abrigo da mesma portaria, no artigo 2º, são definidos oito princípios nos quais estas redes se deverão reger: “1) desenvolvimento harmónico dos serviços hospitalares; 2) combater o desperdício ao eliminar a duplicação de meios humanos e técnicos; 3) permitir a orientação correta dos utentes para o centro indicado; 4) colaborar na melhoria da qualidade e da eficácia médica pela concentração de competências nas especialidades; 5) diminuir os tempos de espera evitando a sobrelotação de utentes; 6) responsabilizar os hospitais relativamente à resposta esperada e contratualizada; 7) programação estratégica de investimentos a nível nacional, regional e local; 8) integrar os centros de referência” .

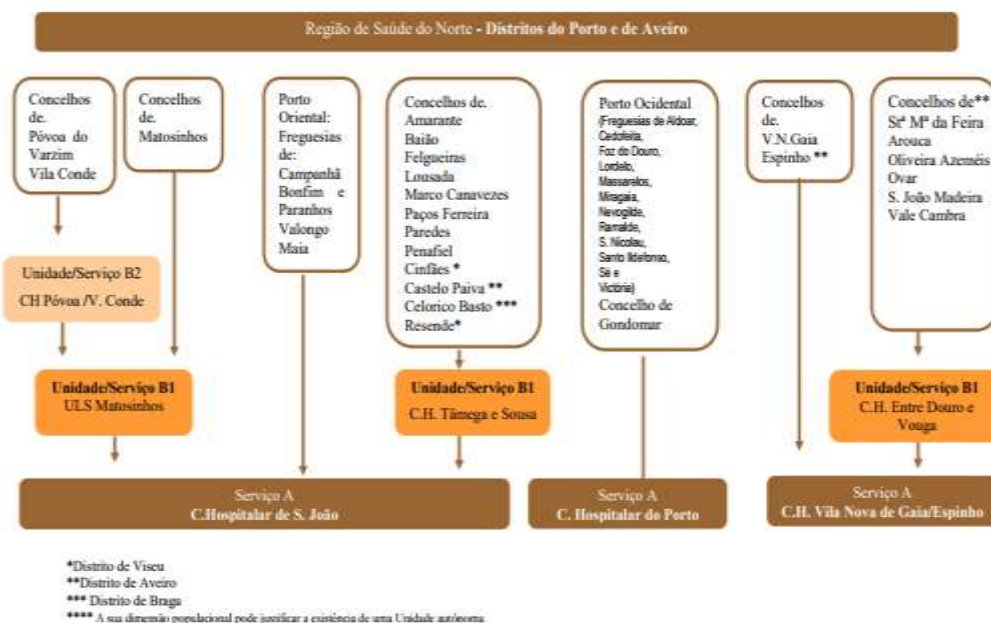


Figura 6. Exemplo de uma rede de referência de gastroenterologia na região Norte.
 FONTE: ACSS

A referência dos doentes para outras unidades hospitalares pertencentes ao SNS deve ser assegurada principalmente em dois momentos fulcrais: “quando a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respetivo perfil assistencial e quando se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica, seja ela pontual ou permanente” (ERS, 2017).

Nos casos em que as transferências interhospitalares ocorram por livre vontade dos pacientes, para iniciar ou dar continuidade ao tratamento, e esta escolha for pelo setor público ou estabelecimentos públicos e privados convencionados, através do Sistema Livre Acesso e Circulação de Utentes no SNS (LAC), “o utente em conjunto com o médico de família responsável pela referênciação pode optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade hospitalar de que necessita” (ACSS, 2017). Desta forma, a referênciação passa a ter em conta o interesse do utente, prestando atenção a fatores de proximidade de resposta e os tempos de resposta. Importa realçar que nas transferências por motivos clínicos, independentemente de qual o hospital escolhido, é importante ser tido em conta na escolha a

especialidade terapêutica para que possa ser prestado ao paciente os melhores cuidados de saúde. Uma vez que os recursos são limitados, nem todas as instituições hospitalares conseguem ter competências técnicas e a mesma certificação em todas as especialidades de intervenção, daí a importância de a escolha ser centrada no paciente (Iwashyna e Courey, 2011). Se os utentes optarem pelas unidades de cuidados de saúde privadas, estes devem possuir um seguro privado ou ter recursos financeiros disponíveis para suportar as despesas que advierem da prestação de cuidados.

No caso de as transferências serem referentes a pacientes em estado crítico, a escolha do hospital-destino baseia-se em três pontos-chave: infra-estrutura, disponibilidade de cuidados especializados e na proximidade relativamente ao hospital de referência. Idealmente o hospital mais próximo é o escolhido (Sethi e Subramanian, 2014).

Entende-se por um paciente crítico a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e ainda cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância. Estes pacientes são indivíduos vulneráveis e que, portanto, estão mais propensos a mudanças da sua condição clínica (Droogh *et al.*, 2015; Santos e Ferrão, 2015). Desta forma, para que o processo de transferência destes pacientes não comprometa de nenhuma forma a sua saúde torna-se necessário percorrer determinadas fases para que todo o processo seja o mais eficaz, eficiente e seguro possível. Para Júnior *et al.* (2007) este processo de transferência envolve três fases até o paciente chegar em segurança ao hospital-destino: fase preparatória; fase de transferência e fase de estabilização. A primeira, fase preparatória, corresponde à fase onde se realiza a coordenação e a comunicação pré-transporte com o hospital-destino, comunicando todos os detalhes de modo a certificar que de facto o hospital se encontra a aguardar o paciente. Nesta mesma fase define-se como irá ser constituída a equipa de transporte que irá acompanhar o paciente durante o

mesmo, os equipamentos necessários para a monitorização, através de uma análise às necessidades do paciente, qual o modo de transporte que irá ser utilizado e por fim, são ponderadas as complicações que possam surgir durante todo o processo.

A segunda fase respeita à fase da efetivação da transferência propriamente dita, onde o objetivo crucial é a estabilidade fisiológica do paciente. Esta é considerada a fase mais difícil de gerir e a mais negligenciada durante o transporte interhospitalar (Júnior *et al.*, 2007). Durante a efetivação do transporte a responsabilidade do paciente fica a cargo da equipa de transporte definida e só termina quando o paciente for “entregue” ao médico responsável do hospital-destino (SPCI, 2008).

A última fase refere-se à estabilização pós-transporte quando o paciente já se encontra no destino previsto. Para que a atenção seja dada de forma adequada, deve ser garantido que os profissionais da nova unidade de saúde tenham conhecimento acerca da chegada do paciente com antecedência, de modo a que possam estar preparados para agir perante qualquer necessidade que surja (Hunt e Prior, 2015).

Bosk, Veinot e Iwashyna (2011) acrescenta uma fase anterior à primeira descrita por Prior e Hunt (2015): a identificação dos pacientes elegíveis para a transferência. Nesta fase existe um conjunto de protocolos que avaliam a necessidade de transferência do paciente. Sempre que não houver extrema necessidade de transferir o paciente crítico, esta deve ser evitada.

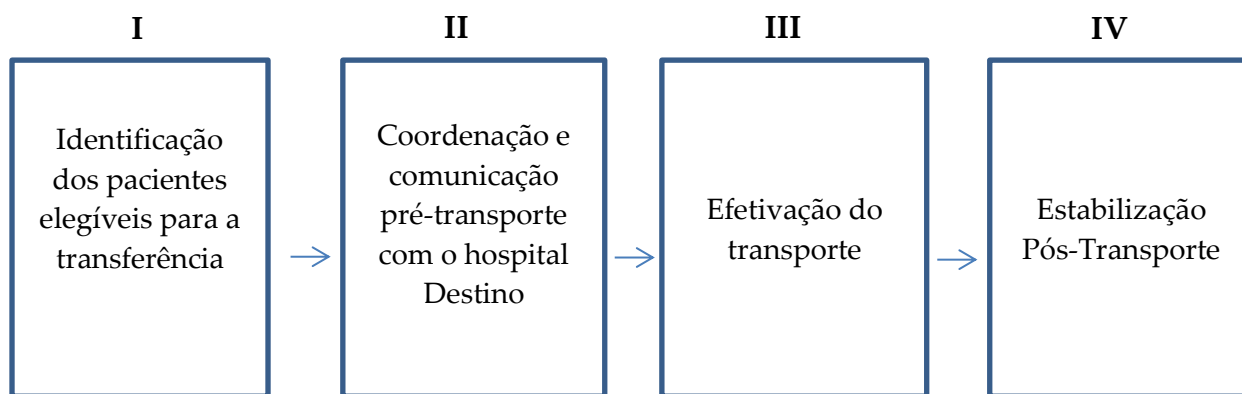


Figura 7. Fases do Processo de transferência.

FONTE: Elaboração Própria

2.2.3.3. Análise de Risco

O momento de transferência do paciente crítico é um momento vulnerável e de alguma instabilidade conforme já referido anteriormente. Hunt e Prior (2015) são mais pragmáticos afirmando que por definição todos os pacientes críticos que são transferidos estão expostos ao risco devido à doença crítica pela qual foram afetados.

Desde o início do debate sobre a problemática das transferências de utentes que a segurança do paciente e a ocorrência de eventos adversos foram sempre uma questão de preocupação entre os profissionais de saúde (Droogh *et al.*, 2015). Consideram-se eventos adversos “as complicações indesejadas resultantes do cuidado prestado aos pacientes, que não possam ser atribuídas à evolução natural da doença de base” (Gallotti, 2004). Podem também ser vistos como ocorrências indesejáveis que se conseguem prevenir, mas que comprometem a segurança do paciente.

Em Portugal foram realizados estudos que avaliam a dimensão da ocorrência desses eventos adversos aquando da prestação de cuidados de saúde. Mansoa, Vieira, Ferrinho, Nogueira e Varandas (2011) concluem que, em 2008 a frequência dos eventos adversos era ligeiramente superior nos indivíduos do sexo masculino (2,6%) relativamente ao sexo feminino (2,4%). No que respeita às

regiões de Portugal Continental verificou-se uma incidência de eventos adversos de 3% na região Centro e 1,7% na região do Alentejo. Assim por intermédio destes dados objetivos, os autores concluíram que a ocorrência de eventos adversos não apresentava diferenças substanciais entre o sexo e entre as regiões de Portugal. Num outro estudo semelhante acerca de Portugal, mas desta vez referente ao ano de 2009, com foco em três hospitais públicos de Lisboa e em 1669 pacientes, constatou-se que a taxa de ocorrência de eventos adversos era de 11,1%, sendo que 53,2% desses eventos adversos foram considerados evitáveis (Sousa, Uva, Serranheira, Leite e Nunes, 2011). Em contraposição ao estudo desenvolvido por Mansoa *et al.* (2011), Sousa *et al.* (2011) verificaram que a probabilidade da ocorrência deste tipo de eventos era significativamente superior no sexo masculino aquando comparado com o feminino. Por fim também se averiguou que apenas em 0,8% dos casos de eventos adversos é que existia provas escritas de que os familiares foram informados acerca destes acontecimentos. Nesse mesmo âmbito, a Circular Normativa 001/2017 de 08 de fevereiro de 2017 confirma que, em Portugal, as falhas de comunicação são responsáveis por cerca de 70% das causas de eventos adversos.

Fanara, Manzom, Oliver, Desmettre e Capellier (2010) identificaram e agruparam alguns dos fatores que favorecem a ocorrência de eventos adversos. Deste modo, os fatores são agrupados em quatro categorias: fatores técnicos, fatores humanos, fatores coletivos e fatores relacionados com a instabilidade clínica do paciente. Os fatores técnicos correspondem a problemas relacionados com o equipamento que acompanha o paciente durante o transporte; os fatores humanos dizem respeito à falta de supervisão ou de experiência da equipa médica que fica responsável pelo paciente durante o transporte; os fatores coletivos estão associados a problemas relativos à indicação e à comunicação; e, por último, os fatores relacionados com o paciente têm em conta o contexto de instabilidade clínica do paciente que propicia o aumento da probabilidade de

incidência de riscos adversos (Fanara *et al.*, 2010). Para Waydhas (1999) os fatores associados a possíveis complicações são a idade do paciente, o diagnóstico de doença subjacente, a duração de ausência da unidade intensiva, a gravidade do quadro clínico atual, - o *Glasgow Coma Score*²-, o destino do transporte, as modalidades utilizadas no suporte de vida e o tipo de procedimento diagnóstico. Usher, Fanning, Wu, Muglia, Balonze, Kim, Parikh e Ferringel (2016) acrescentaram dois novos fatores: a falta de preparação do transporte e a falta de comunicação com o hospital-destino e entre os profissionais de saúde, sendo esta para o autor, a principal causa raiz da ocorrência de eventos adversos. Alamanou e Brokalaki (2014) argumentaram e depreenderam que os fatores de risco são complexos e estão relacionados com a própria pessoa e com a gravidade da sua doença; com os equipamentos e o seu mau funcionamento; com a má comunicação entre a equipa médica que acompanha o paciente; com um acompanhamento/monitorização inadequado (a) e ainda com a inexistência de protocolos de transporte.

Nos casos de transferências intra-hospitalares também se verifica a incidência de eventos adversos. Através de um estudo realizado por Martin (2012) acerca desse tipo de transferências concluiu-se que 39% dos riscos correspondiam a problemas relacionados com o equipamento de monitorização enquanto, que os restantes 61% estavam associados a problemas com a gestão do próprio paciente. Igualmente se constatou que os principais fatores que contribuíram para a ocorrência desses eventos eram problemas de comunicação; protocolos inadequados; manutenção inadequada e formação insuficiente da equipa de transporte. Com o mesmo estudo foi possível ainda apurar de que forma estavam distribuídos os riscos mais graves correspondendo 15% para distúrbio

² O *Glasgow Coma Scale (GCS)* corresponde a uma escala neurológica que tem como objetivo registar o estado consciente de um paciente de uma forma rigorosa, num momento inicial e posterior. O GCS avalia o estado de consciência do paciente com base em três fatores: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora.

fisiológico; 4% para permanência hospitalar prolongada; 3% de lesão física ou psicológica e 2% de mortes (Martin, 2012).

A existência de eventos adversos tem impactos claros provocando complicações ao nível psicológico e fisiológico do paciente. As complicações são compreendidas como todas as situações novas de doença ou de limitação funcional não esperada, que surjam na sequência da instituição das terapêuticas e em situações independentes dos procedimentos instituídos (WHO, 2009). As complicações que ocorrem durante o transporte dos pacientes são pulmonares e respiratórias, cardiovasculares, infecciosas e endócrinas (Kulshrestha e Singh, 2016). Waydhas (1999) considera que as complicações cardiovasculares englobam complicações que podem ocorrer ao nível da alteração da frequência cardíaca, da hipotensão arterial e das arritmias de paragem cardíaca. Hunt e Prior (2015) acrescentam ainda que o modo de transporte escolhido pode ser um fator que influencia a incidência de eventos adversos. Caso seja escolhido o transporte aéreo, o ruído e a vibração podem levar a danos auditivos do paciente; redução da pressão de oxigénio decorrente da redução da pressão atmosférica e ainda originar a provável redução de humidade e temperatura do paciente.

Haji-Michael (2005) apresenta três motivos que se encontram associados à ocorrência de eventos adversos durante o processo de transferência. O primeiro motivo deriva do facto de não serem os profissionais de saúde, com responsabilidade e autoridade no tratamento de cuidados de saúde dos pacientes, a realizar as transferências. O segundo encontra-se associado à falta de motivação dos profissionais de saúde para a mudança, uma vez que o processo de transferência por si pressupõe transição de cuidados. Por fim, o terceiro está associado à falta de evidências de que de facto as diretrizes para o processo de transferência são benéficas, ajudando a reduzir a incidência de riscos e a padronizar os procedimentos referentes à operacionalização do processo.

2.2.3.4. Questões de Segurança

“A segurança do paciente consiste em prevenir, evitar e melhorar os resultados adversos resultantes dos processos de cuidados de saúde” (WHO, 2009).

Um dos grandes objetivos do processo de transferência deve ser a garantia da segurança dos pacientes que apenas é conseguida através de um processo eficiente e devidamente organizado (Warren *et al.*, 2004). Assim a segurança dos utentes é reconhecida como uma componente muito importante da qualidade em saúde. Na realidade, a falta de segurança sentida pelos utentes provoca inúmeros inconvenientes como perda de confiança pelas instituições de saúde e pelos seus profissionais, aumento dos custos sociais e económicos devido aos danos causados pela falta de segurança e na redução da possibilidade de alcançar os resultados desejados (Sousa, 2006). No caso concreto de Portugal os fatores que contribuem para falhas na segurança dos pacientes são essencialmente “a ausência de *guidelines* que orientem as ações a desenvolver, a predominância de uma cultura de culpabilização de falhas e a inexistência de um sistema nacional que reporte a ocorrência dos eventos adversos” (Sousa, 2006).

A importância dada à segurança dos pacientes é também uma preocupação da realidade internacional, motivando a criação da *National Patient Safety Agency*. Esta desenvolveu um guia orientador com sete passos que devem ser seguidos e respeitados pelos profissionais de saúde de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde designado “*Seven steps to patient safety a guide for NHS staff*”. Os setes princípios são os seguintes: 1 - *Build a safety culture* (estabelecer um ambiente de segurança); 2- *Lead and support your staff* (ter liderança forte e apoio das equipas médicas em torno da segurança do paciente); 3- *Integrate your risk management activity* (Integrar as atividades de gestão do risco); 4- *Promote reporting* (incentivar os profissionais de saúde a relatar os eventos adversos); 5- *Involve and communicate with patients and the public*

(comunicar com os pacientes acerca da ocorrência de eventos adversos); 6 - *Learn and share safety lessons* (aprender com a análise da raiz dos problemas e com as causas que originam os incidentes); 7 - *Implement solutions to prevent harm* (implementar novas soluções de forma a prevenir que as situações que provoquem danos nos pacientes não voltem acontecer) (Sousa, 2006).

No entanto a maior parte dos pacientes críticos conseguem ser transportados com segurança sem ocorrerem eventos adversos (Szem, Hydo, Fischer, Kapur, Klemperer e Barie, 1995). Assim tendo conhecimento e consciência de que os riscos inerentes ao processo de transferência são decorrentes essencialmente de falhas nos sistemas técnicos e organizacionais, a segurança consegue ser alcançada com a existência de equipamentos padrão, equipas especializadas, e ainda com a existência de protocolos, políticas e diretrizes (SPCI, 2008; Beckmann, Gillies, Berenholtz, Wu e Pronovost, 2004).

A utilização de *check list* (listas de verificação) foi uma diretriz implementada pela “*The Intensive Care Society*” em 2002 (SPCI, 2008). Estas listas de verificação enumeram as principais tarefas que necessitam de ser realizadas e verificadas antes, durante e após a transferência e que podem interferir com a segurança do paciente crítico se não forem realizadas. Assim o que deve estar incluído nessas listas são as tarefas sistemáticas a serem realizadas antes do transporte e o controlo sistemático do equipamento e do paciente durante o transporte (Fanara *et al.*, 2010). A utilização da ferramenta *check list* é vista também como um método para reduzir a incidência de eventos adversos e assim consequentemente aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Silva e Amarante, 2015). Dunn *et al.*, (2007) sugerem o uso de outra metodologia para aumentar a segurança dos pacientes designada de *ABCDE* que deve ser utilizada para situações de emergência, nomeadamente para pacientes em estado crítico, uma vez que esta ferramenta permite de uma forma rápida avaliar os pacientes: “A – Via aérea com imobilização da coluna cervical; B – Ventilação e oxigenação;

C – Circulação; D – Disfunção Neurológica E – Exposição”. Esta ferramenta deve ser utilizada, como forma de prevenir possíveis complicações, pela equipa de transporte antes de ser colocado no meio de transporte permitindo uma nova observação do paciente (SPCI, 2008).

Foi ainda proposto que as diretrizes, para aumentar a segurança dos pacientes, abrangessem quatro áreas fundamentais e de alguma preocupação: coordenação e comunicação, acompanhamento da equipa médica, equipamento e monitorização durante o transporte (Waydhas, 1999).

2.2.3.4.1. Coordenação e Comunicação

A coordenação e comunicação são fundamentais para que o processo de transferência ocorra de forma mais segura ao garantir a continuidade dos cuidados ao paciente, principalmente daqueles em estado crítico (Santos e Ferrão, 2015). Em momentos como o *handover* a comunicação ainda ganha uma maior importância (Santos, Andrade, Guimarães e Gomes, 2010). Este momento corresponde ao processo de passagem de informação, ou seja, a transferência de informação, entre os profissionais de saúde com o objetivo de dar continuidade aos cuidados médicos como em momentos de passagem de turnos (Joint Commission International, 2005). Neste sentido a complexidade de informação transmitida e os meios de comunicação utilizados tem um impacto direto na efetividade e eficiência do *handover* e na segurança do paciente (Santos *et al.*, 2010). Deste modo, durante a comunicação entre os profissionais de saúde devem ser discutidos e abordados assuntos como a condição do paciente, o plano de tratamento, a calendarização da transferência, o método de transferência e ainda a aceitação prévia da transferência do paciente por parte do hospital-destino (Jarden e Quirke, 2010). Para além da comunicação oral é ainda fundamental a comunicação escrita, no momento da aceitação da transferência e registos clínicos acerca da situação atual e do histórico do paciente para que possam ser entregues

ao hospital-destino, no sentido deste poder agir da melhor forma possível (Dunn *et al.*, 2007).

Em Portugal a comunicação na transição dos cuidados de saúde rege-se pela Circular Normativa 001/2017 de 08 de fevereiro de 2017 através da qual é recomendado o uso da ferramenta ISBAR (Identificação, Situação atual, *background*, avaliação e recomendação). Esta metodologia funciona como ferramenta de padronização da informação a ser comunicada entre os profissionais de saúde, aumentando a segurança do paciente. De notar que de forma a monitorizar o processo de transferência de informação são realizadas auditorias internas periódicas. De acordo com a alínea 4) da Circular Normativa 001/2017 de 08 de fevereiro de 2017 “todos os responsáveis pelo processo de transmissão de informação na transição de cuidados devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função) ”.

Vários autores defendem o uso de mnemónicas como técnica de melhorar a comunicação na transferência dos pacientes. No caso de Portugal ideias semelhantes já foram implementadas em alguns serviços do Hospital Lisboa Central, como é o caso da IDEIA: “I-Identificação do profissional e do paciente; D - Diagnóstico de entrada (cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual); E - Especificações anestésicas I - Intervenção cirúrgica); A - Avaliação final do estado clínico” (Santos e Ferrão, 2015). Ideias idênticas foram aplicadas noutros países como o uso da mnemónica *SIGN OUT*: “S- Sick ou DNR (ordem de não reanimar); I – Identificação do doente; G – *General Hospital Course* (como tem corrido o episódio de hospitalização); N – Novos eventos do dia; O – *Overall Health Status* (Estado de Saúde); U – *Upcoming possibilidades* (ganhos em saúde com a introdução de intervenções recentes no plano de cuidados estabelecido); e T – *Tarefas a completar no decorrer do dia ou turno*” (Horwitz, Moin e Green, 2007). Velji, Baker, Andreoli, Boaro, Tardif, Aimone e Sinclair (2008) aconselham o uso da SBAR: S- Situação; B- *Background*; A- Avaliação; R- Recomendação, com o

mesmo intuito de facilitar a comunicação. Esta ferramenta é idêntica à sugerida por Dunn *et al.*, (2007) uma vez que tem ganhos consideráveis para o paciente e para toda a equipa médica em situações de emergência.

2.2.3.4.2. Equipa de Transporte

A segunda área fundamental na segurança dos utentes relaciona-se com a existência de uma equipa multidisciplinar de transporte especializada que acompanhe o paciente. Esta equipa é necessária, especialmente nos casos de o transporte incidir sobre pacientes críticos ou internados, cujo estado se agravou, e que pretendam continuar o tratamento no hospital-destino. A equipa médica é constituída por médicos e enfermeiros devendo estes ter formação em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento que acompanha o paciente (SPCI, 2008). É altamente recomendado segundo o artigo 8º da Portaria n.º 1260/2014 de 15 de dezembro que o paciente seja acompanhado por pelo menos dois indivíduos especializados em situações de emergência. No entanto, o número de indivíduos que faz parte da equipa médica depende essencialmente do estado de gravidade do paciente e do grau de complexidade da sua situação clínica (Júnior *et al.*, 2007).

Martin (2012) identifica no Reino Unido dois modelos de construção das equipas de transporte. O primeiro modelo corresponde ao envio de uma equipa especializada de recuperação para o hospital de referência com o objetivo de estabilizar o paciente antes de iniciar a transferência para o hospital-destino. Assim o paciente será recolhido, estabilizado e transportado por uma equipa exterior não pertencente ao hospital de referência. O segundo modelo está associado às situações nas quais o hospital vigente usa a própria equipa médica para realizar a transferência. A *United Kingdom Care Society* recomenda que o modelo que deve vigorar na construção de equipa é o primeiro, ou seja, ter equipas externas especializadas. Bellingan, Oliver, Batson e Webb (2000)

suportam igualmente o uso do primeiro modelo, uma vez que através de um estudo que realizaram concluíram que a utilização de uma equipa especializada podia reduzir drasticamente a mortalidade precoce dos pacientes.

Sintetizando, a construção das equipas de transportes é fundamental uma vez que, a partir do momento em que o paciente sai do hospital de referência passa a ficar a cargo da inteira responsabilidade da equipa médica de transporte até que este chegue ao hospital destino. É ainda necessário ter consciência que o treino, a eficácia e a eficiência da equipa de transporte é o principal fator determinante da qualidade dos cuidados médicos.

2.2.3.4.3. Equipamento

Quanto ao equipamento este é igualmente importante, sendo necessário em primeiro lugar avaliar quais os tipos de necessidade que o paciente evidencia para que, mesmo estando longe do local de origem, estejam disponíveis e em boas condições (Júnior *et al.*, 2007). Para que tal aconteça são realizadas auditorias periodicamente de modo a assegurar o bom funcionamento de todos os equipamentos que acompanham o paciente (SPCI, 2008). Segundo a Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos (2008) o equipamento deve ser uniformizado, de modo a que a equipa de transporte já tenha experiência com o seu funcionamento.

Os equipamentos definidos como padrão e que devem acompanhar o paciente durante o transporte são o monitor cardíaco; equipamento para controlar a via aérea; saco de ressuscitação; fonte de oxigénio; medicamentos de ressuscitação; medicamentos específicos do paciente, um ventilador portátil e o equipamento de comunicação para fazer a ligação quer com o hospital-origem quer com o hospital-destino (SPCI, 2008). Esses equipamentos devem ainda ser seguros e fácil de proteger; leves; com bateria de longa duração; com visualização clara e alarmes audíveis; e ainda fácil de operar (Hunt e Prior, 2015).

2.2.3.4.4. Monitorização e Transporte

A monitorização é outra etapa crucial no transporte de pacientes críticos por ter um impacto direto no prognóstico a curto e médio prazo do paciente (Fanara *et al.*, 2010). Esta deve ser contínua para que a transferência seja realizada de uma forma segura, devendo incluir: temperatura; oximetria de pulso; pressão das vias aéreas; pressão arterial não invasiva; eletrocardiografia contínua e medição da pressão sanguínea (Hunt e Prior, 2015; Waydhas, 1999). Em Portugal, o nível de monitorização é definido de acordo com níveis de classificação: obrigatório, fortemente recomendado e o considerado ideal (SPCI, 2008). Contudo, o equipamento e o modo de monitorização também dependem do modo de transporte escolhido. Esta escolha é outra decisão fulcral que deve ser tomada pela equipa médica do hospital-origem.

O transporte de doentes consiste numa componente importante da prestação de cuidados de saúde, tendo vindo a constituir um peso significativo no orçamento da saúde (ERS, 2007). Em Portugal é o Decreto-Lei nº38/1992, de 28 de março que estabelece as normas básicas do transporte terrestre de doentes, ficando a seu cargo a regulação da actividade de transporte. A ERS (2007) considera a existência de quatro tipos de transporte: o transporte primário urgente e não urgente; e o transporte secundário urgente e não urgente. O transporte primário corresponde ao transporte de pacientes desde o local onde solicitaram o transporte até à instituição de saúde, podendo abranger situações urgentes como não urgentes (ERS, 2007). O transporte secundário diz respeito ao transporte de pacientes entre diferentes instituições de saúde, atuando assim ao nível das transferências interhospitalares e, tal como o transporte primário contempla os casos urgentes e os não urgentes (ERS, 2007).

Focando apenas no transporte secundário, em Portugal o modo mais utilizado é o terrestre através das ambulâncias podendo estas ser de três tipos, de acordo com o previsto no artigo 3º da Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro: Tipo A -

ambulância de transporte de doentes (equipada para o transporte de doentes que, em princípio, não correm riscos iminentes ou de falência das funções vitais); Tipo B - ambulância de emergência (equipada para prestar cuidados de emergência médica) ou Tipo C - ambulância de cuidados intensivos (equipada para prestar os cuidados de suporte avançado de vida a doentes cuja sobrevivência depende desses meios avançados).

No caso do transporte de pacientes urgentes são utilizadas ambulâncias do tipo B (Instituto Nacional de Emergência Médica, s.d). Estas ambulâncias encontram-se todas supervisionadas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e estão devidamente equipadas dispondo de medidas de Suporte Básico de Vida, medidas de Suporte Imediato de Vida (SIV) e medidas de Suporte Avançado de Vida, de acordo com o artigo 8º da Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro.

Nas situações de pacientes não urgentes o transporte é realizado de três formas: por veículos dedicados ao transporte de Doentes (VDTV), por ambulâncias do tipo A ou ainda por ambulância do tipo C (Instituto Nacional de Emergência Médica, s.d). Neste tipo de transporte e conforme Despacho n.º 19264/2010, de 29 de dezembro do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, apenas é assegurado financeiramente pelo SNS as situações justificadas pelo estado clínico, pela justificação feita pelo médico ou de acordo com a condição económica do paciente.

Nos restantes casos em que o paciente não seja considerado crítico, apresentando-se assim em “boas” condições clínicas e que opte por ser transferido para outro hospital, pode fazê-lo deslocando-se em viatura própria.

Capítulo 2

Metodologia

2.1. Objetivo do estudo

O objetivo principal da investigação é compreender a dimensão e a evolução dos constrangimentos associados ao processo de transferências de utentes entre unidades prestadoras de cuidados de saúde em Portugal e nos últimos anos, especificamente no que diz respeito aos cuidados primários e cuidados hospitalares.

De forma a responder a este objetivo do estudo foi proposta a seguinte questão de investigação: “Quais os principais constrangimentos na transferência de utentes nos cuidados primários e hospitalares?”

Para que o objetivo do trabalho de investigação seja atingido foi selecionada a metodologia qualitativa com base num caso de estudo único, o caso das reclamações apresentadas à ERS. A análise do presente caso de estudo irá ser dividida em duas partes, uma primeira parte consistindo numa pesquisa descritiva onde serão enumeradas as diferentes tipologias dos constrangimentos verificados nas transferências interhospitalares e nas transferências dos cuidados primários, através da análise de um conjunto vasto de reclamações. Posteriormente, uma segunda parte, contendo uma análise acerca da dimensão

que esses constrangimentos detêm no universo das reclamações subscritas ao SNS.

2.2. Caso de estudo

A metodologia qualitativa pode assumir várias formas sendo umas delas o caso de estudo. Este tipo de investigação tem vindo a ganhar cada vez mais reputação principalmente na área da educação.

O caso de estudo é considerado “uma investigação empírica que investiga em profundidade um fenómeno contemporâneo no contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes” (Yin, 2003). Na perspectiva de Ponte (1994), um caso de estudo pode também ser estimado como “uma investigação que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única em muitos aspetos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global do fenómeno de interesse”. Deste modo, o caso de estudo é utilizado quando o objetivo se prende em observar detalhadamente um contexto ou indivíduo a partir do trabalho em campo, ou de uma única fonte de documentos (Merriam, 2009; Ponte 1994). Outras razões que justificam a utilização do caso de estudo são situações na qual o investigador tem pouco controlo sobre os eventos ocorridos; quando se pretende responder com profundidade a questões de “como” e “porquê”; e quando o foco da pesquisa se concentra em fenómenos contemporâneos inseridos no contexto da vida real (Yin, 2003).

Yin (2003) afirma que os casos de estudo podem ser de quatro tipos: casos de estudo únicos, casos de estudo múltiplos, de enfoque incorporado e de enfoque holístico. Os casos de estudo únicos correspondem ao estudo de apenas um caso em diferentes momentos temporais. Estes são considerados válidos e fulcrais para testar a teoria pois permitem ao investigador ter acesso a um fenómeno que

anteriormente era inacessível (Tellis, 1997). Os casos múltiplos correspondem à análise de vários casos e por isso são considerados mais convincentes mas, no entanto, comprometem muitos recursos como dinheiro e tempo do investigador (Yin, 2003). Os de enfoque incorporado correspondem a casos de estudo que são avaliados a partir de diferentes unidades de análise. Por fim, os casos de estudo de enfoque holístico são aqueles que são analisados a partir de apenas uma única unidade de análise. Para a investigação científica presente, revelou-se importante analisar apenas um único caso de estudo: o caso das reclamações, referentes à temática das transferências de utentes, apresentadas à ERS.

Stake (1995, citado por Tellis, 1997) classifica os casos de estudo de acordo com a finalidade que o investigador pretende obter com a pesquisa. Sendo assim, estes podem ser de três tipos: intrínseco, instrumental e coletivo. A abordagem intrínseca é utilizada quando o investigador tem interesse por apenas um único caso de estudo; a abordagem instrumental ocorre quando o caso de estudo é utilizado para entender a globalidade do fenómeno e a abordagem coletiva corresponde à análise de mais do que um caso de estudo pelo investigador. Tendo em conta o caso de estudo presente, a abordagem mais adequada é a intrínseca uma vez que o interesse de todo o estudo passa pela compreensão de um estudo específico e único centrada em compreender quais os constrangimentos associados ao processo de transferências de utentes.

De forma a aumentar a qualidade e fiabilidade de um caso de estudo Yin (2003) sugere que devem ser realizados quatro testes:

- 1) Validade de construção - diz respeito à escolha de múltiplas fontes de evidência e à construção de cadeias de evidência aquando da recolha de dados;
- 2) Validade interna: referem-se mais a casos de estudo explicativos cujas relações causais correspondem a alguma realidade conhecida pelo

investigador não sendo unicamente uma construção meramente imaginativa do investigador;

- 3) Validade externa: referem-se ao domínio pelo qual as descobertas realizadas ao longo do caso de estudo podem ser generalizadas e comparadas com outros casos semelhantes;
- 4) Confiabilidade: o estudo de caso deve demonstrar que os dados são fiáveis de tal forma que se forem repetidos os procedimentos de recolha de dados o resultado seja semelhante (Ponte, 1994).

Apesar do caso de estudo apresentar vantagens também possui as suas limitações tal como os outros métodos de pesquisa. Uma das grandes vantagens deste método reside na capacidade de identificar novas hipóteses através de uma combinação de dedução e indução (Bennett, 2004). Por outro lado, para o mesmo autor a seleção de dados enviesada, a falta de representatividade da amostra e a falta de rigor constituem limitações alusivas a este método de investigação.

2.3. Técnica de Recolha de Dados

Na metodologia do caso de estudo não é considerado correto restringir o pensamento à abordagem qualitativa *versus* a abordagem quantitativa, por existirem certos casos de estudo em que se torna fundamental usar os dois tipos de pesquisa passando a atuar como metodologias complementares (Robson e Foster, 1989; Yin, 2003).

A abordagem quantitativa corresponde à análise numérica dos dados e à análise das relações que as diferentes variáveis estabelecem entre si. Opostamente a abordagem qualitativa observa e analisa os intervenientes não como variáveis isoladas, mas sim em todo o seu contexto natural (Merriam, 2009). Para a mesma autora uma das vantagens claras deste método de investigação relativamente ao quantitativo reside no fato de os dados qualitativos serem obtidos num contexto natural através de múltiplas fontes, concedendo ao estudo

uma maior veracidade. Neste âmbito para a análise do caso estudo em questão revelou-se pertinente utilizar apenas a abordagem qualitativa.

Segundo Yin (2003) a triangulação dos dados surge como uma estratégia de validação do caso de estudo, uma vez que o uso de múltiplas fontes de informação permite analisar o caso a partir de várias perspetivas concedendo-lhe maior profundidade e credibilidade. O mesmo autor destaca que as seis fontes de recolha de dados mais utilizadas no caso de estudo são a observação direta, a observação participante, as entrevistas, a análise de documentos, o registo de arquivos e os artefactos.

Relativamente ao caso de estudo em discussão, a fonte de dados primária utilizada para sustentar a investigação foi a observação direta de um conjunto vasto de reclamações, que permitiu obter uma amostra considerável concedendo validade e veracidade para toda a pesquisa. As fontes de dados secundárias consistiram na análise de documentos públicos e internos da ERS que revelaram ser pertinentes para o tema em questão, e ainda a recolha de dados estatísticos fundamentais para contextualizar o problema das transferências. A observação direta é considerada vantajosa por conceder ao observador “a possibilidade de compreender o fenómeno do ponto de vista de alguém de “dentro” do estudo de caso e não apenas do ponto de vista exterior “(Yin, 2005). O recurso da análise de documentos enriquece e concede clareza ao estudo de investigação especificamente por auxiliar a contextualizar o caso de estudo, a acrescentar e a validar informação pertinente.

Capítulo 3

Apresentação do caso

A ERS é uma entidade pública independente que tem como missão regular todos os estabelecimentos que prestem cuidados de saúde em Portugal Continental, usufruído de poderes de regulação, regulamentação, supervisão, fiscalização e sancionatórios. Nos termos do artigo 4º do Decreto-Lei nº 126/2014 de 22 de agosto, os estabelecimentos sujeitados à regulação da ERS encontram-se inseridos no setor público, privado, cooperativo e social sendo nomeadamente “hospitais, centros de saúde, clínicas, consultórios médicos, laboratórios de análise clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidade móveis de saúde e termas”.

Conforme consta do artigo 13.º, alínea a), do Decreto-Lei nº 126/2014 de 22 de agosto, cabe a ERS apreciar todas as reclamações dos utentes face aos estabelecimentos de saúde e aplicar sanções quando sejam praticadas infrações. Ao longo do ano de 2016 foram registadas cerca de 59224 mil reclamações, correspondendo a maior parte ao setor público. Estas reclamações devem-se em grande parte ao elevado tempo de espera, a procedimentos administrativos, atendimento deficiente, acesso a cuidados de saúde, segurança do doente e questões financeiras (DECO Proteste, 2017).

De acordo com o seu estatuto, a ERS propõe-se a atingir sete objetivos principais:

1. Assegurar o cumprimento dos requisitos para o exercício da atividade por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde nomeadamente o licenciamento dos estabelecimentos;
2. Assegurar o cumprimento de critérios de acessos aos cuidados de saúde;
3. Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes;
4. Zelar pela prestação de cuidados de saúde;
5. Zelar pela transparência e legalidade das relações económicas entre os prestadores e utentes;
6. Promover e defender a concorrência no setor da saúde;
7. Desempenhar as restantes tarefas que estejam previstas na lei.

De forma a que a atividade regulatória e de supervisão da ERS seja concretizada são exercidas o seguinte conjunto de atividades: análise e tratamento de reclamações dos utentes, dos prestadores de saúde e das instituições; realização de inspeções e auditorias periódicas aos estabelecimentos dos prestadores de cuidados de saúde sempre que se verificarem perturbações ao longo do exercício da atividade; investigação de situações que coloquem em causa o direito dos utentes; realização de estudos acerca do sistema de saúde em Portugal; emitir instruções, recomendações, ordens e pareceres; e orientação de processos de contraordenação e aplicação de sanções (ERS, 2017). Para que estas atividades sejam executadas a ERS encontra-se subdivida por quatro departamentos, consoante apresenta a figura 8: Departamento do utente (DU); Departamento de Intervenção Administrativa e Sancionatória; Departamento de Registo e Licenciamento (DRL) e Departamento de Estudos e Avaliação em Saúde (DEAS).

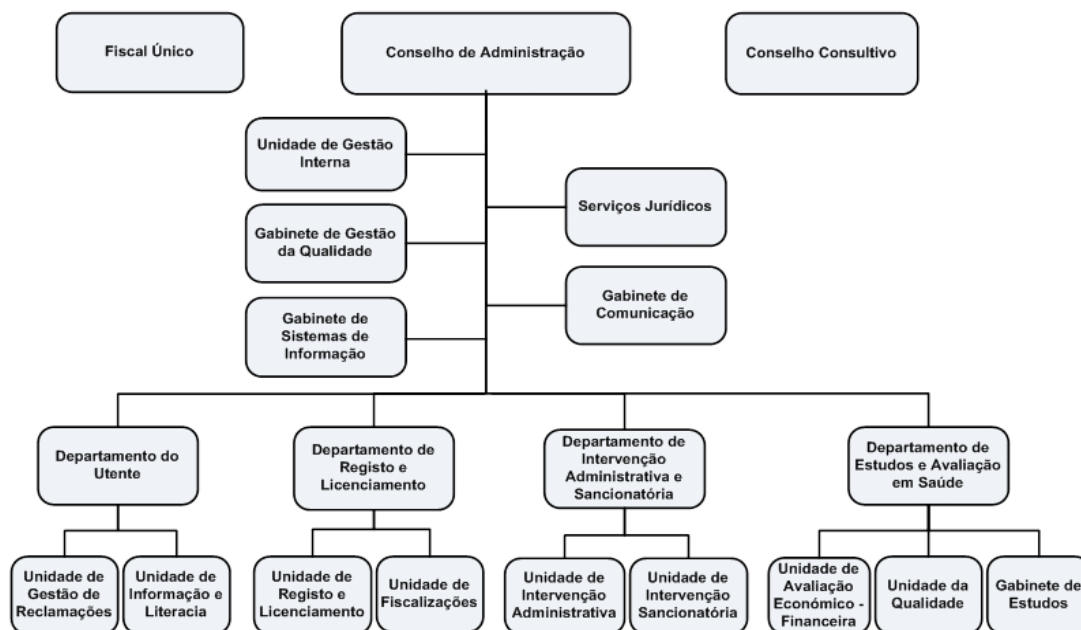


Figura 8. Organograma da ERS

FONTE: ERS

O presente TFM foi realizado em contexto organizacional através de um estágio realizado no Departamento de Intervenção Administrativa e Sancionatória da ERS, durante seis meses (setembro 2017 a fevereiro 2018). Este departamento é responsável pelo desenvolvimento dos procedimentos administrativos e sancionatórios de forma a garantir o cumprimento das obrigações por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (ERS, 2017). Assim durante o período de estágio para além da análise e investigação de um conjunto amplo de reclamações de utentes e de prestadores de saúde, fui também responsável pelo levantamento e contabilização do fluxo de transferência de utentes, pela elaboração de pedidos de elementos aos prestadores de saúde e utentes, acompanhamento de processos de avaliação, de inquérito e de monitorização e elaboração de relatórios da atividade desenvolvida pelo departamento no ano de 2017.

Sendo o objetivo da investigação o estudo das transferências de utentes em Portugal e beneficiando do fato de ter sido inserida no departamento DIAS, foi possível ter acesso e analisar um conjunto vasto de reclamações relativas à

temática das transferências. Para a análise em questão foi considerado um período temporal de três anos, de 2015 a 2017, na qual o foco da análise se regeu às transferências interhospitalares e às transferências de cuidados primários. A escolha temporal pelos três anos deveu-se em primeiro lugar por serem anos recentes, refletindo de forma mais verídica os problemas atuais inerentes ao processo de transferência, por serem anos que contém informação completa e estruturada, e por achar que para a análise em questão três anos seriam mais do que suficiente para dimensionar o problema. O foco pelo tipo de transferências interhospitalares deveu-se ao interesse em analisar a natureza do problema a partir do contexto como um todo e não a partir da natureza interna de apenas um hospital, que era o que aconteceria caso o foco se regesse pelas transferências intra-hospitalares.

Através da análise de um conjunto de situações presentes nas reclamações evidenciaram-se inúmeras ocorrências de constrangimentos associados à operacionalização das transferências de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. No caso das transferências interhospitalares estas situações compreendem quer transferências de estabelecimentos pertencentes ao setor público para outros estabelecimentos do mesmo setor, como do setor público para o privado ou vice-versa. Na maioria dos casos constataram-se situações de urgência, situações de agudização do estado de doentes internados, situações de transferência programada e ainda, embora com pouca expressão, transferências por ordem de pedidos de utentes. No que diz respeito às transferências de cuidados primários foram analisadas situações de utentes não urgentes ocorrentes entre apenas estabelecimentos do setor público.

Importa salientar que devido às questões de confidencialidade que este setor comporta não foi possível enunciar o número de reclamações analisadas nem revelar o nome dos hospitais envolvidos nas reclamações.

Capítulo 4

Apresentação dos Resultados

Ao longo deste capítulo serão descritos os resultados obtidos através da recolha e da análise profunda de um conjunto significativo de reclamações referentes à temática das transferências de utentes. Através desses resultados foi possível obter diferentes tipologias de constrangimentos que ocorrem aquando do acesso aos cuidados de saúde nos dois tipos de cuidados, hospitalares e primários, por via do processo de transferência. Assim será exequível responder à questão de investigação proposta no capítulo 3: “Quais os principais constrangimentos na transferência de utentes nos cuidados hospitalares e primários?”.

4.1. Caracterização da Amostra

A Entidade Reguladora da Saúde, conforme já supradito, é a entidade pública em Portugal Continental responsável por receber e tratar de todas as reclamações de utentes relativos aos cuidados de saúde. Deste modo, para a análise da investigação em questão foi considerada uma amostra considerável composta pelos dados compreendidos entre 2015 e 2017, em contexto nacional, e referentes a temática das transferências nos cuidados hospitalares e primários, excluindo da análise os cuidados continuados integrados. No caso da amostra alusiva aos

cuidados hospitalares esta incidu apenas nas transferências interhospitalares, correspondendo assim a uma análise de 75% das reclamações totais, referentes ao tema em questão, ocorridas no último triénio (2015 - 2017). Relativamente aos dados referentes às transferências de cuidados primários a amostra foi escolhida de forma aleatória, de modo a não estar enviesada, tendo sido selecionados todos os dados relativos às reclamações com números pares originando assim a uma análise de 30% do total das reclamações referentes a este tipo de cuidados.

Os resultados, apresentados de seguida, serão expostos em percentagem, de acordo com a frequência de ocorrência dos constrangimentos.

4.2. Constrangimentos no processo de transferência interhospitalar

Tomando em consideração os resultados veiculados na tabela 1 é possível concluir que em Portugal Continental o processo de transferência interhospitalar apresenta inúmeros constrangimentos transversais aos vários setores: privado, público e social. No decorrer da análise, ao examinar um número vasto de reclamações, foi possível agrupar os constrangimentos em vinte grupos de tipologias.

Importa realçar que houve reclamações analisadas em que se destacaram mais do que um tipo de constrangimento.

Código	Tipologia dos constrangimentos	% de ocorrência
1	Elevado tempo de espera pelo transporte;	30 %
2	Transferência sem o conhecimento da família;	24%
3	Descontentamento da família face a transferência para outra unidade hospitalar;	9%
4	Recusa em efetuar o pedido da transferência do utente;	7%
5	Falta de segurança no momento do transporte: falta de acompanhamento de uma equipa especializada, de equipamentos necessários disponíveis ou de meio de transporte utilizado;	7%
6	Demora do relatório médico para realizar a transferência;	6%
7	Falha na identificação da unidade hospitalar elegível para a admissão do utente - Inexistência de vagas;	4%
8	Falta de informação sobre a transferência disponibilizada;	3%
9	Falha de envio do processo clínico do utente para o Hospital-Destino; ou perda do processo clínico durante a transferência;	3%
10	Falta de comunicação entre o Hospital-Origem e o Hospital-Destino;	3%
11	Falha de procedimentos administrativos durante o processo de transferência - Inexistência de contacto prévio com o Hospital-Destino;	3%
12	Falha na identificação da unidade hospitalar elegível para a admissão do utente - Inexistência de especialidade médica;	2%
13	Elevado tempo de espera no Hospital-Destino após a transferência;	2%
14	Recusa do transporte para efetivar a transferência;	1%
15	Falta de transporte disponível;	1%
16	Desaparecimento dos pertences – Espólio;	1%
17	Recusa de acompanhantes no momento da transferência;	1%
18	Constrangimentos por o utente não pertencer ao hospital da área de residência	1%
19	Erro no código do procedimento do VC ou na especialidade da NT;	1%
20	Recusa da NT;	0,36%

Tabela 1. Constrangimentos associados ao processo de transferência interhospitalar

Ao observar os dados presentes na tabela 1 é possível apurar que as não conformidades existentes são de várias naturezas, sendo que se torna fulcral realçar que os que atingem maior expressão são o elevado tempo de espera pelo transporte, ocorrendo aproximadamente 30% das vezes; a falta de conhecimento da família acerca da transferência do utente, verificando-se cerca de 24% das vezes e o descontentamento da família face à transferência do utente, sucedendo-se em 9% das vezes.

O constrangimento número 1 encontra-se relacionado com o elevado tempo de espera pelo transporte por parte dos utentes de modo a garantir a efetivação da transferência, colocando-os na maioria das vezes expostos a situações de vulnerabilidade. Em segundo e terceiro encontram-se os constrangimentos relacionados com a família do utente, o segundo diz respeito às situações de transferência de utentes sem a família ter conhecimento e dar o seu consentimento. O terceiro, ao contrário do anterior, correspondem a situações onde a família tem conhecimento do processo de transferência, no entanto não está de acordo com a decisão pelas mais variadas razões, sendo que a mais comum é acreditarem que o paciente não tem condições de saúde para “aguentar” o processo de transferência. O quarto constrangimento refere-se a situações, onde na maioria, é o utente que pede para ser transferido, todavia o pedido é recusado. O seguinte constrangimento, o quinto, diz respeito a não conformidades ressentidas no momento do transporte, quer seja por falta de equipamentos, de uma equipa especializada que conceda segurança ao utente, ou pela escolha do meio de transporte para realizar a transferência. O sexto constrangimento é da inteira responsabilidade do Hospital-Origem quando este demora elevado tempo a preparar o relatório médico que é extremamente necessário seguir com o utente para o Hospital-Destino, uma vez que sem este a transferência não se pode efetivar. O sétimo, décimo primeiro e décimo segundo constrangimento são de natureza processual e relacionam-se com a falha nos

procedimentos vigentes referentes à identificação de um hospital elegível para receber o utente, provocando transferências subseqüentes e desnecessárias entre hospitais. O constrangimento intitulado com o código 8, respeita a situações onde existe falta de informação ou até por vezes informação incorreta acerca do processo de transferência fornecida aos familiares do utente. O nono constrangimento corresponde à perda processo clínico do utente no meio de todo o procedimento de encaminhamento do utente, ou em situações quando não este não é enviado para o Hospital-Destino. O décimo constrangimento associa-se à falta de comunicação entre os dois hospitais (o de origem e o destino) resultando na realização de procedimentos diagnósticos/exames médicos desnecessários que já haviam sido feitos no Hospital de Origem, mas que por falhas de comunicação não se sabia da sua existência provocando gastos de recursos e de tempo completamente dispensáveis. O décimo terceiro constrangimento corresponde ao elevado tempo de espera a que por vezes os utentes são sujeitos quando chegam ao Hospital-Destino após o processo de efetivação de transferência. O esperado é que o hospital recetor tenha tudo devidamente preparado para receber o utente com todas as condições necessárias. O constrangimento intitulado com o número 14 sucede-se em situações em que o transporte é recusado devido ao utente “alegadamente” não ter direito a ele, ou em situações em que é recusado por o utente não querer ser transferido para o hospital indicado e optar por outro Hospital-Destino. O décimo quinto constrangimento equivale à falta de transporte disponível para encaminhar o utente para o Hospital-Destino, incitando o utente a se responsabilizar pelo seu transporte originando a que nos casos menos urgentes, estes assumam o próprio transporte. O constrangimento com o número 16, respeita a perda de pertences, pessoais e materiais, durante o processo de mudança do utente. O seguinte, décimo sétimo constrangimento, encontra-se associado ao momento de

transporte propriamente dito, quando o acompanhamento dos familiares no transporte é recusado.

O antepenúltimo constrangimento, com o código 18, sucede em situações em que o utente é recusado a ser seguido no hospital para onde foi transferido por não se encontrar abrangido pela área de residência. Os dois últimos constrangimentos, 19 e 20 correspondem a situações referentes às transferências de procedimentos cirúrgicos no âmbito do SIGIC onde subsistem erros subjacentes à emissão de VC/NT e por vezes recusa da NT no Hospital-Destino.

Da análise das reclamações, 97% das situações de transferências correspondiam a doentes em estado urgente e doentes internados cuja situação se tenha agravado, os restantes 3% dos casos de transferências ocorreram por ordem expressa dos utentes, conforme se pode observar na figura 9.

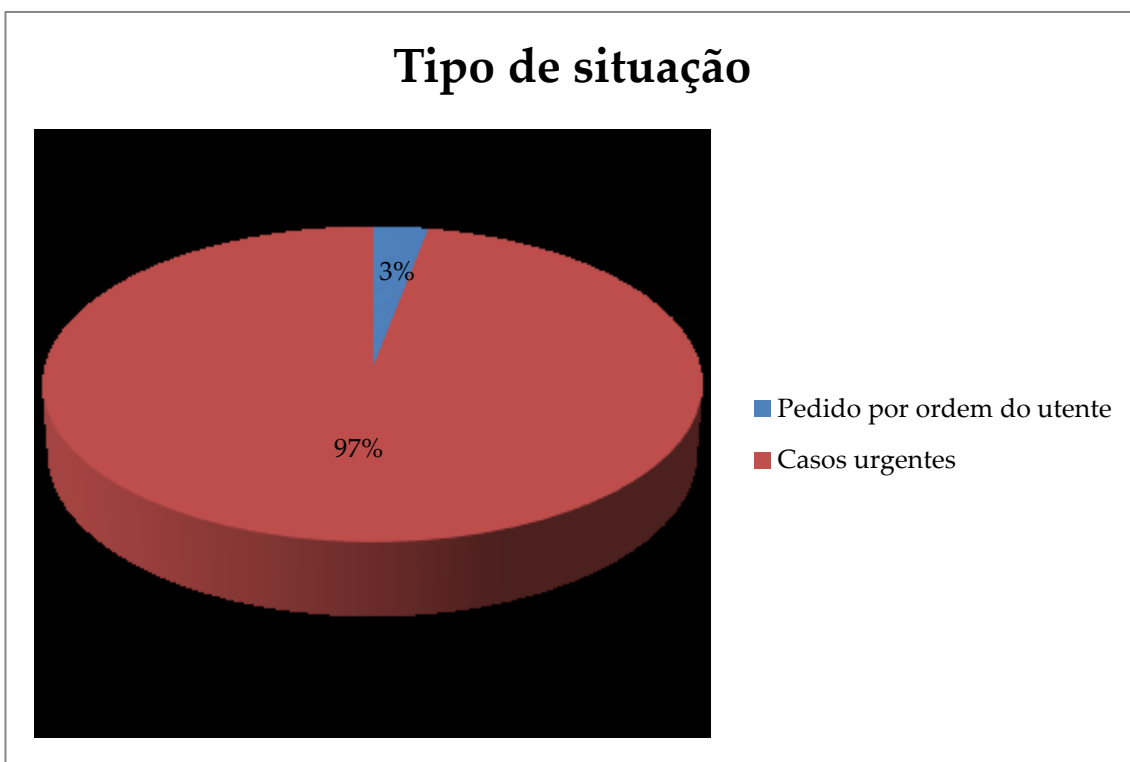


Figura 9. Situação dos utentes transferidos

FONTE: Elaboração Própria

Tendo em conta que a maior parte dos dados se refere a casos urgentes e casos de agudização do estado de saúde do utente tornou-se pertinente perceber para que nível do serviço de urgência o utente era encaminhado. Conforme se encontra previsto no Despacho 10319/2014 de 11 de agosto, os serviços de urgência são classificados de acordo com o seu nível de resposta e com a quantidade de recursos que dispõem. Assim estes podem ser Serviços de Urgência Básica (SU), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Os SUB são considerados o primeiro nível de acolhimento em situações de urgência prestando atendimento às situações de emergência com maior proximidade das populações tendo como objetivo a estabilização inicial das situações complexas, quando estas não podem ser logo encaminhadas para um nível de cuidados mais diferenciado (CRRNEU, 2012). O segundo nível de acolhimento, SUMC, de acordo com o que consta do artigo 4º do Despacho 10319/2014 de 11 de agosto, presta apoio ao SUB e referencia todos os utentes que necessitem de cuidados mais diferenciados ou que necessitem de ser seguidos em especialidades não existentes no SUMC, para os serviços de urgência polivalente (SUP). Por último o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) corresponde ao nível mais diferenciado dos três, oferecendo resposta tanto à população próxima da sua área como a utentes provenientes das redes de referência (CRRNEU, 2012).

Ao longo das diversas situações analisadas verificou-se que cerca de 44% das transferências tinha como destino o Serviço de Urgência Polivalente, 33% o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e 3% das situações dirigiam-se para o Serviço de Urgência Básica. Os restantes 20% das situações analisadas não referia o hospital-destino para o qual eram encaminhados, não sendo possível definir o nível de serviço de urgência, conforme é indicado através da figura 10.

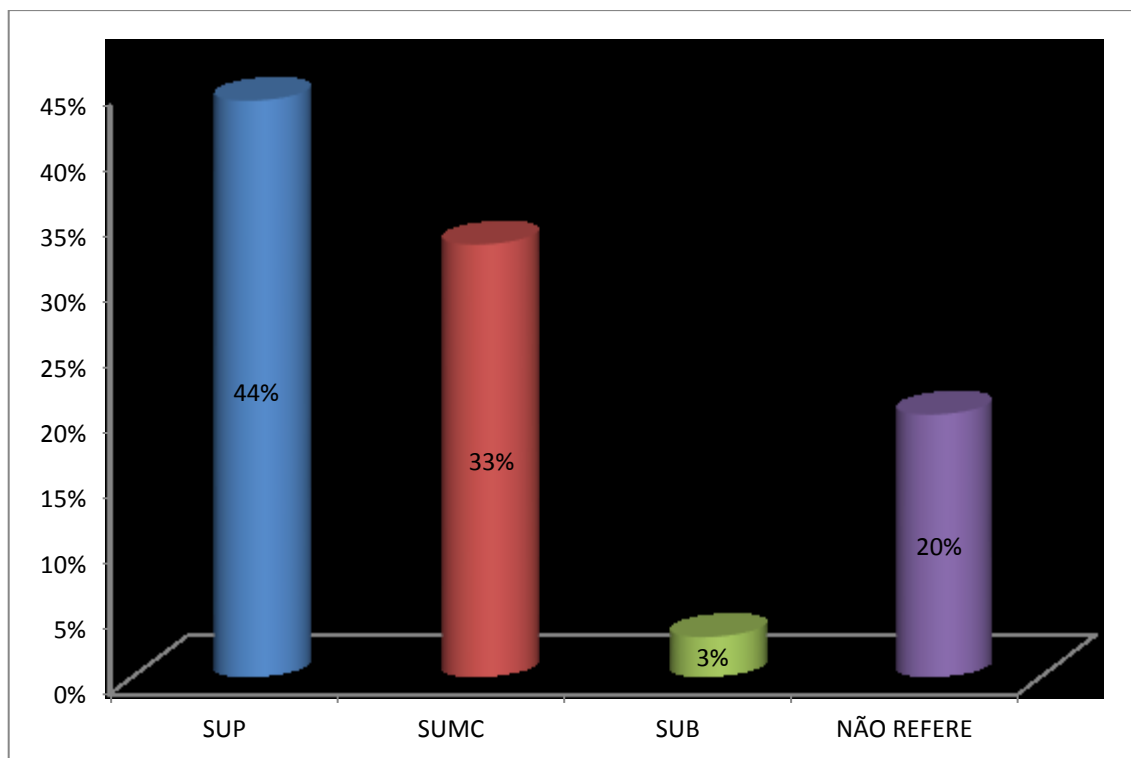


Figura 10. Nível do Serviço de Urgência do Hospital-Destino.
 FONTE: Elaboração Própria

4.3. Constrangimentos no processo de transferência nos cuidados primários

Atualmente, existe cada vez maior pressão por parte da população na procura de resposta efetivas para a prevenção das doenças (Escoval, Barbosa e Bragança, s.d). Para isso torna-se fulcral fazer uma gestão eficiente dos recursos disponíveis começando pelos cuidados de saúde primários, sendo este o primeiro nível de contacto com os utentes. Assim sendo, neste contexto o processo de transferência de utentes assume um papel fulcral.

Este tipo de transferências, tal como nos cuidados hospitalares, pode surgir por iniciativa do utente ou pela decisão de entidades superiores dos cuidados primários, no sentido de aliviar certos recursos que na maior parte das vezes se encontram sobrelotados. No entanto, ao contrário das transferências interhospitalares, neste tipo de cuidados os utentes não estão em situação de emergência, daí este processo de transferência não envolver tantos riscos.

As transferências deste tipo de cuidados (CSP) envolvem quer transferências entre diferentes unidades (centros de saúde) como transferências de utentes entre diferentes médicos de família.

Código	Tipologia dos constrangimentos	% de ocorrência
1	Transferência de centro de saúde sem aviso prévio do utente;	23%
2	Recusa em efetuar o pedido da transferência do utente: por falta de vagas, por o utente não pertencer a área de residência do centro de saúde em questão ou por não haver médicos de família disponíveis;	21%
3	Demora em efetuar o pedido de transferência do utente;	19%
4	Descontentamento dos utentes em serem transferidos;	9%
5	Demora ou falha de envio do processo clínico;	9%
6	Inexistência de médico de família atribuído;	8%
7	Transferência de médico de família sem aviso prévio do utente;	4%
8	Falta de informação sobre a transferência disponibilizada;	4%
9	Transferência com inscrição inválida;	4%
10	Constrangimentos administrativos relativos ao processo de transferência;	4%

Tabela 2. Constrangimentos associados ao processo de transferência nos CSP

Conforme é possível analisar os dados patentes na tabela 2, ao longo da análise de vastas situações foram detetados dez tipos de constrangimentos associados ao processo de transferências nos cuidados primários. Os que ocorrem com uma maior evidência correspondem às transferências entre centro de saúde sem o utente ter conhecimento, sucedendo-se cerca de 23% das vezes; a recusa em efetuar o pedido de transferência do utente ocorrendo 21% das vezes e a demora em efetuar o pedido de transferência, averiguando-se 19% das vezes.

Relativamente à descrição dos constrangimentos, o primeiro prende-se com a transferência dos utentes entre centros de saúde sem o seu conhecimento prévio. O segundo constrangimento respeita a situações na qual o pedido de transferência de utente é recusado devido a razões como falta de vagas no centro de saúde destino, falta de médicos de família e pelo centro de saúde selecionado não ser abrangido pela área de residência do utente em questão. Na maior parte dos casos este pedido dos utentes deve-se à mudança de residência ou ao descontentamento pelo atendimento referente ao centro de saúde onde se encontram inseridos. O terceiro constrangimento corresponde ao elevado tempo de espera que o utente enfrenta até que o pedido da transferência se efetue. O quarto constrangimento está associado ao descontentamento dos utentes em terem sido transferidos de centro de saúde ou de médico de família sem o seu consentimento. O constrangimento com o código 5 corresponde às situações onde após a transferência ser efetuada, o processo clínico do utente demora a ser enviado para o centro de saúde destino. Em alguns casos o cenário ainda é pior, uma vez que o processo clínico do utente é perdido ao longo da transferência. O seguinte constrangimento, intitulado com o código 6, diz respeito à falta de atribuição de médico de família no novo centro de saúde como consequência do processo de transferência. O sétimo constrangimento ocorre em situações nas quais existe transferência do utente entre diferentes médicos de família sem o utente ter sido avisado. O oitavo constrangimento prende-se com a falta de informação concedida acerca do estado em que se encontra o pedido da transferência dos utentes. O penúltimo constrangimento, o nono, corresponde às situações nas quais a inscrição para o novo centro de saúde, por vias do processo de transferência, apresentaram algumas não conformidades daí não serem consideradas válidas. O último constrangimento, intitulado com o código 10, respeita a constrangimentos administrativos existentes no centro de saúde de origem e que conseqüentemente criam dificuldades na realização do pedido de

transferência pelos utentes. Estes constrangimentos englobam falta de meios tecnológicos, falta de horários disponíveis para efetuar o pedido, entre outros.

4.4. Enquadramento dos constrangimentos no universo das reclamações subjacentes ao Serviço Nacional de Saúde

Depois de identificados e descritos os constrangimentos intrínsecos ao processo de transferência, torna-se importante perceber qual a sua dimensão no universo do Serviço Nacional de Saúde, isto é, compreender qual o peso que os constrangimentos detêm no contexto das reclamações dirigidas ao sistema de saúde público.

O que se pretende investigar ao longo deste subcapítulo para além de analisar a dimensão dos constrangimentos no contexto universal do SNS, consiste em compreender se de facto essas conformidades detetadas estão, ou não, na origem da grande parte das reclamações subscritas pelos utentes.

4.4.1. Universo de reclamações referentes ao Serviço Nacional de Saúde

Durante o último triénio, de 2015 a 2017, houve uma evolução no volume global de reclamações que a ERS rececionou, conforme consta pela tabela 3.

Ano	Nº reclamações Totais ³
2015	48686
2016	59224
2017	37145 ⁴

Tabela 3. Número de reclamações emitidas à ERS entre 2015 e 2017
FONTE: ERS (2015,2016,2017).

Conforme consta na tabela 4, é possível sintetizar as temáticas mais visadas das reclamações, recebidas pela ERS, nos últimos três anos. Assim, os assuntos mais recorrentes correspondem aos procedimentos administrativos, aos tempos de espera e à focalização do utente.

Temas	Nº de ocorrências			Total
	2015	2016	2017 ⁵	
Procedimentos Administrativos	11910	13686	8281	33877
Tempo de Espera	11423	14225	8075	33723
Focalização do utente	9082	11474	7069	27625
Acesso a cuidados de saúde	9232	11109	6180	26521
Cuidados de saúde e segurança do doente	9647	10791	5747	26185
Questões financeiras	3944	3989	2159	10092
Instalações e serviços complementares	2947	3161	920	7028
Outros temas ⁶	3977	5064	1443	10484

Tabela 4. Tipologia de reclamações submetidas a ERS nos últimos três anos.
FONTE: ERS (2015,2016,2017).

³ Os números de reclamações totais contemplam apenas as tipologias referentes a queixas excluindo os elogios e as sugestões subscritas pelos utentes.

⁴ O ano de 2017 apenas contempla as queixas referentes ao primeiro semestre, visto que as estatísticas referentes ao segundo semestre ainda não foram publicadas.

⁵ Apenas consideramos as reclamações referentes ao primeiro semestre de 2017.

⁶ As reclamações tipificadas com "outros temas" respeitam às reclamações que não se enquadram em nenhuma das restantes tipologias ou então as reclamações que estão pouco precisas e claras relativas ao assunto visado.

Todas as reclamações rececionadas pela ERS são subscritas por utentes repartidos pelas regiões de Portugal Continental. A região de Lisboa e Vale do tejo (LVT) é a que apresenta uma maior taxa de reclamações relativas a estabelecimentos de saúde correspondendo a uma média total dos três últimos anos de aproximadamente 51% (de 3069207 habitantes) responsabilizando assim por mais de metade das reclamações. A região Norte “encarrega-se” de aproximadamente 29% das reclamações (de 3689682 habitantes), enquanto que a região do Centro apresenta um total de 11% (de 2080424 habitantes) relativas às reclamações subscritas nos últimos três anos. As restantes regiões, Alentejo e Algarve, são as que evidenciam uma menor percentagem correspondendo respetivamente a 3% (de 757302 habitantes) e 7% (de 451006 habitantes) do total das reclamações (INE, 2017).

4.4.2. Peso dos constrangimentos inerentes às transferências no total das reclamações subscritas ao SNS

De acordo com o capítulo anterior, constatou-se que o transporte secundário apresentava algumas não conformidades principalmente no que diz respeito ao elevado tempo de espera, representando assim o constrangimento com maior expressão. Neste âmbito ganhou importância analisar o peso deste constrangimento no universo do SNS.

O transporte secundário, transporte entre duas instituições de cuidados de saúde, pode englobar tanto situações urgentes como não urgentes. Os prestadores que efetuam o tipo de transporte não urgente, em Portugal são a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), os Bombeiros, os Táxis, as empresas privadas e as entidades sem fins lucrativos, sendo que estes dois últimos necessitam de possuir alvarás devidamente atribuídos pelo INEM (ERS, 2007). Nas situações urgentes e emergentes o transporte de doente é efetuado pelo INEM ou por entidades por este reconhecidas nos termos da lei.

Conforme consta da análise das reclamações relativas ao transporte interhospitalar a maior parte das reclamações respeita a situações urgentes (97%), nesta conjuntura tornou-se relevante analisar o número de transportes de doentes críticos realizados nos últimos três anos e compreender se os constrangimentos evidentes associados ao transporte se referem à generalidade dos transportes realizados ou se dizem respeito apenas a uma parte destes.

À falta de outros melhores indicadores foi tomado em consideração apenas os transportes urgentes realizados pelo Instituto Nacional Emergência Médica (INEM), nomeadamente os transportes em Ambulâncias com Suporte Imediato de Vida (SIV) e em Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) nos anos de 2015 e 2016.

De acordo com o que se pode observar na tabela 5, é possível concluir que o transporte interhospitalar urgente tem registado um crescimento notório. Segundo dados do Instituto Nacional Emergência Médica, em 2016 o número médio de transportes secundários era de sete por dia em ambulâncias SIV e em média seis em Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017).

Transporte Secundário

Ano	SIV	VMER	Total
2015	10994	4600	15594
2016	13575	5209	18784
			34378

Tabela 5. Número de transportes secundários em 2015 e 2016
 FONTE: INEM (2017).

Assumindo para a análise apenas as reclamações dos anos de 2015 e 2016, conclui-se que as que são relativas ao elevado tempo de espera pelo transporte para a transferência face ao número total de transportes secundários urgentes realizados no mesmo período de tempo correspondem a 2% das situações totais.

Assim, depreende-se que embora este constrangimento subjacente à temática das transferências exista e seja uma realidade que coloca os doentes em situações vulneráveis, não se verifica na globalidade das situações. Todavia, não deixa de ser fundamental arranjar ferramentas e procedimentos que atenuem esses constrangimentos, uma vez que estes colocam entraves notórios no acesso dos cuidados de saúde.

Numa perspetiva macro, relativa ao contexto universal do SNS e considerando os últimos três anos, as reclamações do tempo de espera referentes ao transporte interhospitalar no total da temática de tempo de espera são o que assumem menor peso representativo, quando comparadas com outros assuntos visados de tempo de espera. Ainda assim, o tempo de espera associado ao transporte interhospitalar registou um ligeiro aumento em 2017, atingindo uma taxa de ocorrência de 1,2%.

De acordo com a tabela 6, o assunto mais evidente alcançando nos últimos anos uma taxa de ocorrência superior comparativamente às outras temáticas, corresponde ao tempo de espera do atendimento clínico não programado, sendo que este é superior a uma hora.

	2015	2016	2017
Tempo de espera para atendimento clínico programado (> 1 hora)	26,8%	22,5%	20,3%
Tempo de espera para atendimento clínico programado (< 1 hora)	5,5%	5,7%	5,7%
Tempo de espera para atendimento clínico não programado (> 1 hora)	57,7%	62,9%	64,7%
Tempo de espera para atendimento clínico não programado (< 1 hora)	2,5%	2,4%	2,2%
Tempo de espera para atendimento administrativo	6,7%	5,7%	6,9%
Tempo de espera por transporte interhospitalar	0,9%	0,8%	1,2%

Tabela 6. Assuntos visados relativos ao tempo de espera entre 2015 e 2017.
 FONTE: ERS (2015,2016,2017).

4.5. Análise de Resultados

No que respeita à discussão dos resultados do presente trabalho de investigação concluiu-se em primeiro lugar a existência de mais do que um tipo de constrangimento na concretização do direito ao acesso de cuidados de saúde por parte dos utentes aquando do processo de transferência entre unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Da análise concreta de diversas situações referentes às transferências entre hospitais, 97% dos casos analisados diziam respeito a situações urgentes, situações de agudização do estado de saúde de utentes internados e a situações não programadas de transferência. Enquanto os restantes 3% respeitavam a situações cuja transferência havia sido programada, na maioria dos casos por questões de proximidade da sua área de residência e de familiares. Em ambos os enquadramentos das situações, evidenciaram-se claras não conformidades na

operacionalização do processo de transferência. Neste âmbito foram identificados vinte tipos de constrangimentos, de variada natureza, associados à transferência interhospitalar. Estes englobam não conformidades ao nível de natureza processual, do transporte propriamente dito, da abrangência da área de residência, associados à família do utente transferido, no âmbito do programa SIGIC, nomeadamente relacionados às NT e VC, e ainda outros constrangimentos não enquadrados nas temáticas anteriormente descritas. Destes vinte constrangimentos identificados, o elevado tempo de espera pelo transporte secundário foi o que obteve uma maior expressão, ocorrendo cerca de 30% das vezes.

Ainda através da análise foi possível concluir que o ponto de serviço de urgência mais recorrido nas transferências hospitalares é o SUP, seguramente motivado pela maioria dos casos analisados ser respeitante à transferências de utentes urgentes, surgindo assim uma elevada necessidade pela procura de cuidados diferenciados.

Aquando analisado o processo de transferência de utentes entre unidades de saúde enquadradas nos cuidados primários, evidenciaram-se constrangimentos que colocam em causa do direito do utente em aceder aos cuidados de saúde, tal como nos cuidados hospitalares. Neste tipo de cuidados foram identificadas dez tipologias de constrangimentos, sendo que o mais incidente se refere à transferência dos utentes entre Centro de Saúde sem o seu conhecimento prévio, obtendo uma taxa de ocorrência de 23%.

Ao considerar o número total de transportes urgentes realizados nos anos de 2015 e 2016, constatou-se que o constrangimento mais evidente - elevado tempo de espera pelo transporte - não ocorre na globalidade das situações, acontecendo em 2% das situações afetas ao total dos transportes urgentes realizados.

Do universo de constrangimentos dirigidos ao universo do Serviço Nacional de Saúde especificamente no que respeita à temática do elevado tempo de espera,

o decorrente do transporte secundário patenteia apenas uma pequena parte face aos restantes revelando uma taxa de incidência, de 2015 a 2017, a variar entre 0,8% a 1,2%. Assim, este resultado demonstra que o maior constrangimento das transferências numa perspetiva universal do Serviço Nacional de Saúde, não constitui uma das maiores preocupações relativas ao tempo de espera, visto existirem outros assuntos mais incidentes ao obterem uma taxa de reivindicação maior. Todavia não deixa de ser um obstáculo que causa um elevado impacto na concretização do acesso aos cuidados de saúde, devendo ser ultrapassado e atenuado.

Em suma, considerando o elevado grau de risco que este processo comporta, o vasto número de situações e os diferentes graus de gravidade associados aos utentes torna-se imperioso desenvolver um conjunto de procedimentos, protocolos e regras para melhorar a eficiência do processo de transferência de utentes, e a comunicação entre os dois estabelecimentos de cuidados de saúde.

Conclusão

O processo de transferência dos utentes é bastante complexo pelo elevado risco que comporta. Para tal, torna-se fundamental que a decisão da transferência seja devidamente ponderada com base numa análise risco/benefício centrada no utente.

Ao longo deste trabalho foi conduzida uma análise sobre um vasto conjunto de reclamações que refletem um agrupado de situações amplas ocorridas em Portugal Continental, tornando possível responder à questão de investigação “Quais os principais constrangimentos na transferência de utentes nos cuidados primários e hospitalares?”.

Neste âmbito foram identificadas vinte tipologias diferentes de constrangimentos aquando das transferências entre diferentes hospitais e dez constrangimentos de diversa natureza na operacionalização das transferências nos cuidados primários. Concluiu-se que os três constrangimentos que revelam uma maior taxa de ocorrência nos últimos três anos aquando das transferências interhospitalares são o elevado tempo de espera pelo transporte (30%), a transferência do utente sem o conhecimento e consentimento da família (24%) e o descontentamento da família face à transferência do utente (9%). Nos cuidados primários as não conformidades que certificam uma maior expressão de incidência são a realização da transferência entre centros de saúde sem o utente

ter conhecimento prévio (23%), a recusa em efetuar o pedido de transferência do utente entre (21%) e, por último, a demora em efetuar o pedido de transferência (19%).

Aquando perspectivado o maior constrangimento - elevado tempo de espera pelo transporte interhospitalar - no contexto do SNS, este revelou corresponder a aproximadamente 1% das reclamações visadas com o assunto “tempo de espera”, não assumindo uma grande proporção no total de reivindicações, referentes ao tema visado, dirigidas ao SNS.

Embora o maior constrangimento, na perspetiva universal das reclamações referentes SNS não assuma grande peso, a verdade, é que não restam dúvidas indubitáveis que existem constrangimentos evidentes e suscetíveis de perturbar e de dificultar o processo de transferência de utentes em Portugal. Assim, considerando os riscos que todo o processo comporta e com vista a aumentar a segurança dos utentes, torna-se fulcral atenuar as não conformidades identificadas através do estabelecimento de protocolos e procedimentos robustos que visem suprir eventuais problemas que possam surgir antes, depois ou no próprio momento de efetivação da transferência de utentes.

Contribuição para a literatura

A contribuição desta investigação para a literatura referente à temática das transferências encontra-se presente nos seguintes pontos:

- Conhecimento de não conformidades existentes na operacionalização do processo de transferência transversais aos vários setores da saúde;
- Identificação dos constrangimentos inerentes ao processo de transferência de utentes;

- Compreender a dimensão que os constrangimentos identificados têm no universo das reclamações subscritas ao Serviço Nacional de Saúde.

Limitações e Sugestões para Investigações Futuras

Uma das limitações deste estudo diz respeito à generalização dos resultados pelo fato da investigação se ter baseado apenas num único caso de estudo, o das reclamações apresentadas a ERS, não significando que não haja outras situações irregulares que não tenham sido sujeitas a análise.

Para além disso, ao longo do estudo de investigação, o cerne da questão consistiu em analisar os problemas associados ao processo de transferência, originando a que não fossem considerados outros indicadores de *performance* associados ao processo da transferência que poderiam ter sido pertinentes, como o nível de satisfação dos utentes com a operacionalização do processo de transferência. Neste contexto poderia ser interessante para futuras pesquisas analisar a eficiência dos processos de transferência de forma a compreender se realmente este processo é “conduzido” da melhor forma possível, e ainda realizar uma análise sob a ótica da perceção de qualidade reconhecida pelos utentes face ao processo em questão.

Outra limitação referente ao presente estudo prende-se com o elevado grau de confidencialidade inerente aos dados da área da saúde, impossibilitando a apresentação de alguns dados que conferiam uma maior credibilidade a afirmações e conclusões retiradas ao longo de todo o trabalho de investigação.

Uma última sugestão diz respeito à realização de uma análise de custo associada ao processo de transferências, avaliando os custos para os dois hospitais: o de origem e o de destino.

Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (s.d). **Perguntas Frequentes sobre a Gestão da Lista Cirúrgica.**

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2014. **Relatório de atividade dos cuidados de saúde primários nos anos de 2011 a 2013.**

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2017. **Relatório e Contas de 2016.**

Administração Central do Sistema de Saúde. 2011. Manual de Reconstrução/Impressão. **Volume I- Princípios Gerais.**

Administração Central do Sistema de Saúde. 2015. Publicação Periódicas sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários.

Administração Central do Sistema de Saúde. 2017. ACSS revela dados de 2016. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/13/livre-acesso-e-circulacao/> (2017/11/28; 18H50M).

Alamanou, D. G. & Brokalaki, H. 2014. Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8: 166-178.

Barros, P.P. 2000. A Economia dos Serviços de Saúde: Sector Público e Sector Privado na Prestação.

Beckmann, U., Gillies, D.M., Berenholtz, S.M., Wu, A.W., Pronovost, P. 2004. Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 30: 1579–1585.

Bellingan, G., Olivier, T., Batson, S., Webb, A. 2000. Comparison of a specialist retrieval team with current United Kingdom practice for the transport of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 26: 740- 744.

Bennett, A. 2004. Case study methods: Design, use, and comparative advantages. *In Models, numbers, and cases: Methods for studying international relations, eds*: 19–55. University of Michigan Press.

Bosk, E. A, Veinot, T., & Iwashyna, T. J. 2011. Which Patients, and Where: A Qualitative Study of Patient Transfers from Community Hospitals. *Medical Care*, 49(6): 592–598.

Brokalaki, H.J., Brokalakis, J.D., Digenis, G.E., G. Baltopoulos, G., L. Anthopoulos, L. & Karvountzis, G. 1996. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12: 183-186.

Cariço, M. (2015, 16 de junho). Falhas nos cuidados continuados deixam perto de 48.500 pessoas acamadas a viver em casa. *Jornal o Observador*. Acedido em 24 novembro 2017, em: <http://observador.pt/2015/06/16/falhas-nos-cuidados-continuados-deixam-perto-de-48-500-pessoas-acamadas-a-viver-em-casa/>.

Cheng, T.C., Haisken - DeNew, J.P., Yong, J. 2015. Cream skimming and hospital transfers in a mixed public-private system. *Social Science & Medicine*, 132: 156-164.

Crisóstomo, S. 2016. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa - Saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas*: 33-48. Lisboa.

Cuidados Primários. (2006). Obtido em setembro de 2007, de Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida: <http://www.advita.pt/index.php?id=41,0,0,1,0,0>.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários, 1978). Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

Deco Proteste. 2017. **Queixe-se: Demasiado tempo à espera pelo médico para ser visto? Mau atendimento administrativo? Saiba como e quando reclamar.** Disponível em: <https://www.deco.proteste.pt/todos-conteudos?type=magazine-articles&magazine=teste%20sa%C3%BAde>, dezembro, 130.

Decreto-lei n.º 136/2015 (2015.julho.28). DIÁRIO DA REPÚBLICA: I SÉRIE n.º 145 pp. 5081 – 5091.

Decreto-lei n.º 38/92 (1992.março.28). DIÁRIO DA REPÚBLICA: I SÉRIE. n.º74 pp. 1486- 1488.

Decreto-Lei-n.º 11/1993 (1993.janeiro.15). DIÁRIO DA REPÚBLICA: I SÉRIE n.º12 pp.129-134.

Decreto-Lei-n.º 126/2014 (2014.agosto.22). DIÁRIO DA REPÚBLICA: I SÉRIE n.º 161 pp.4400- 4416.

Decreto-Lei-n.º 157/1999 (1999.maio.10). DIÁRIO DA REPÚBLICA: I SÉRIE n.º 108 pp.2424-2435.

Decreto-Lei-n.º 48/359 (1968.abril.27). DIÁRIO DA REPÚBLICA: I SÉRIE n.º101 pp.612-626.

Despacho n.º 10319/2014 (2014.agosto.11). DIÁRIO DA REPÚBLICA: II SÉRIE n.º153 pp.20673-20678.

Direção Geral da Saúde. 2012. **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência.**

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Circular Normativa 001/2017 de 08/02/2017.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Procedimentos técnicos para transferência de episódios cirúrgicos entre instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) - Circular Normativa 10/2017/UGA/ACSS de 08/05/2017.

Droogh, J.M., Smit, M., Absalom, A.R., Ligtenberg, J.JM & Zijlstra, J.G.2015.Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*, 19: 62.

Dunn, M.J.G., Gwinnutt, C.L., Gray, A.J. 2007.Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal*, 24: 40–44.

Entidade Reguladora da Saúde, 2017. **Proposta de projeto de regulamento relativo a transferências de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.** Regulamento ainda não publicado, Porto, Portugal.

Entidade Reguladora da Saúde. 2007. **Estudo e avaliação do sector transporte terrestre de doentes.**

Entidade Reguladora da Saúde. 2009. **Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS.**

Entidade Reguladora da Saúde. 2016. **Sistema de Gestão de Reclamações: Síntese descritiva de 2015.**

Entidade Reguladora da Saúde. 2017. **Regulamento interno da estrutura organizativa, admissão, carreiras, remuneração e disciplina no trabalho da ERS.**

Entidade Reguladora da Saúde. 2017. **Sistema de Gestão de Reclamações: Síntese descritiva de 2016.**

Entidade Reguladora da Saúde. 2017. **Sistema de Gestão de Reclamações: Síntese descritiva do primeiro semestre de 2017.**

Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em <https://www.ers.pt/> (2018/01/20; 14H10M);

Escoval, A. Barbosa, P., Bragança, F. s.d. **Transferência de cuidados hospitalares para os cuidados de saúde primários como contributo para a sustentabilidade do SNS.**

Etxebarria, M.J., Serrano, S., Ruiz R. D., Cía MT, Olaz, F., López, J. 1998. Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 5(1):13-7.

Fan, E., MacDonald, R.D., Adhikari, N. KJ., Scales, D. C., Wax, R.S., Stewart, T. E & Ferguson, N.D. 2006. Outcomes of interfacility critical care adult patient transport: a systematic review. *Critical Care*, 10: R6.

Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T. and Capellier, G. 2010. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 14: R87.

Farinha, J.S. 2007. Optimização de redes de cuidados de saúde - Desenvolvimento de um modelo de simulação discreta com aplicação à sub-região de saúde de Setúbal. *Descrição e organização dos cuidados primários e secundários no SNS*: 7-8. Instituto Superior Técnico- Universidade técnica de Lisboa.

Fernandes, A.C. e Nunes, A.M. 2016. Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Acta Medica Portuguesa*, 29 (3):217-223.

Ferreira, F., A., G. 1990. **Moderna Saúde Pública**. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Friesner, D.L. & Rosenman, R. 2009. Do hospitals practice cream skimming?, *SAGE journals*, 22: 29-39.

Gallotti, R.M.D.2004. À beira do leito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50 (2): 109-26.

Gomes, C. (2015, 31 de agosto). Portugal precisa de pelo menos mais 80 camas de cuidados intensivos. *Jornal o Público*. Acedido em 28 de novembro 2017, em: <https://www.publico.pt/2015/08/31/sociedade/noticia/portugal-precisa-de-pelo-menos-mais-80-camas-de-cuidados-intensivos-1706503>.

Haji-Michael, P. 2005. Critical care transfers – a danger foreseen is half avoided. *Critical Care*, 9(4): 343-344.

Hanane, T., Wiles, S., Senussi, M.H., Han, X., Wang, X., Hite, R.D., Guzman, J.A.2017. Interhospital transfers of the critically ill: Time spent at referring institutions influences survival. *Journal of Critical Care*, 39: 1–5.

Horwitz, L.I., Moin, T., & Green, M.L. 2007. Development and Implementation of an Oral Sign-out Skills Curriculum. *Society of General Internal Medicine*: 1470- 1474.

Hunt, D. & Prior, K. 2015. Transfer of the critically ill adult patient. *Critical Illness and Intensive Care I*: 153-157.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (s.d). Guia Prático - Transporte de doentes- Entidades não dependentes de Alvará.

Instituto Nacional de Emergência Médica. 2017. **Relatório Integração VMER & SIV 2016**. Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. 2017. Estatísticas da Saúde 2015. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. 2017. Anuário Estatístico da Região Norte 2016.

Iwashyna, T.J. & Courey, A. J. 2011. Guided transfer of critically ill patients: where patients are transferred can be an informed choice. *Critical Care*, 17:641–647.

Iwashyna, T.J., Christie, J.D., Kahn, J.M., Asch, D.A. 2009. Uncharted Paths: Hospital Networks in Critical Care. *PubMed Central*, 135(3):827-833.

Jarden, R.J. & Quirke, S. 2010. Improving safety and documentation in intrahospital transport: Development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26: 101–107.

Joint Commission International. 2005. **Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions.**

Júnior, G. A. P., Carvalho, J.B., Filho, A. D. P., Malzone, D. A., Pedersoli, C.E. 2007. Transporte Intra-Hospitalar do Paciente Crítico. *Medicina*, 40 (4): 500-8.

Kulshrestha, A. & Singh, J. 2016. Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal Anaesthesia*, 60 (7): 451–457.

Lacerda, M. A., Cruvinel, M.G.C., Silva, W.S. (s.d). Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar: 106-123.

Lei n.º 15/2014 (2014. março.21). DIÁRIO DA REPÚBLICA: I SÉRIE. n.º 57 pp. 2127 -2131.

Lieshout, E.J.V; Vos R., Binnekade J.M., Haan R., Schultz M. J., Vroom, M.B. 2008. Decision making in interhospital transport of critically ill patients: national questionnaire survey among critical care physicians. *Intensive Care Medicine*, 34: 1269–1273.

Lusa (2016, 06 de dezembro). Doentes trocam hospitais privados por públicos a meio dos tratamentos. *Jornal Diário de Notícias*. Acedido a 27 de novembro 2017, em: <https://www.dn.pt/portugal/interior/doentes-trocam-hospitais-privados-por-publicos-a-meio-dos-tratamentos-5537034.html>.

Maia (2017, 05 de dezembro). O setor social e solidário. *Jornal de Negócio*. Acedido a 14 de fevereiro 2017, em: <http://www.jornaldenegocios.pt/opiniao/colunistas/economia-social/detalhe/o-setor-social-e-solidario>.

Mansoa, A., Vieira, C.P., Ferrinho, P., Nogueira, P., Luís Varandas, L. 2011. Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 29(2):116-122.

Martin, T. 2012. Transporting the adult critically ill patient. *Critical Illness and Intensive Care I*: 220-223.

Martins, R.M.C.S.M. & Martins, J.C.A.2010.Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista Referência*, III - n.º2: 111-120.

Mendes, D. (2016, 10 de março). Mais um milhão de consultas e urgências no privado em 2015. *Jornal Diário de Notícias*. Acedido a 27 de novembro 2017, em: <https://www.dn.pt/portugal/interior/mais-um-milhao-de-consultas-e-urgencias-no-privado-em-2015-5069345.html>.

Merriam, S. B. 2009. *Qualitative Research - A Guide to Design and Implementation* (3rd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Ministério da Saúde. 2016. **Relatório Anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas.**

Monteiro, R S. 2007. Strengthening Public Investment and Managing Fiscal Risks from Public-Private Partnerships.

National Patient Safety Agency. **Seven steps to patient safety for primary care - The full reference guide.** 2006. London.

Nunes, R. 2005. **Regulação da saúde.** Porto.

Nunes, R., Rego G., Nunes, C. 2003. **Afetação de recursos para a saúde: perspectivas para um novo SNS.** Coimbra.

Observatório Português dos sistemas de Saúde. 2017. Relatório de Primavera 2017- Viver em tempos incertos - sustentabilidade e equidade na saúde.

Oliveira, P, M, L. 2013. Importância do terceiro setor na prestação de cuidados de saúde - Exemplo da Região Centro de Portugal. Universidade da beira Interior - Ciências Sociais e Humanas.

Paulo, A. 2010. SNS: Caracterização e Desafios.

Pires, A.F., Santos, B.N., Santos, P.N., Brasil, V.R., Luna, A.F. Transporte seguro de pacientes críticos. *Revista Rede de Cuidados em Saúde.*

Ponte, J. P. 1994. O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, 3(1), 3-18.

Portaria n.º 123-A/2014 (2014.junho.19) DIÁRIO DA REPUBLICA: I SÉRIE N.º 116 pp 3218 (2) – 3218 (3)

Portaria n.º 1320/2010 (2010.dezembro.28) DIÁRIO DA REPUBLICA: I SÉRIE N.º 250 pp. 5963-5964.

Portaria n.º 153/2017 (2007.mai.04) DIÁRIO DA REPUBLICA: I SÉRIE N.º 86 pp. 2204- 2209.

Portaria n.º 260/2014 (2014.dezembro.15) DIÁRIO DA REPUBLICA: I SÉRIE N.º 241 pp. 6084-6095.

Portaria n.º 82/2017 (2014.abril.10) DIÁRIO DA REPUBLICA: I SÉRIE N.º 71 pp. 2364-2366.

Rego, A.2010. **A Reforma no Sector da Saúde - A equidade em cuidados intensivos**. Universidade Católica Editora

Robson, S. & Foster, A. 1989. *Qualitative research in action*. Butterworth-Heinemann Ltd.

Romana Borja-Santos, R. (2017, 6 de abril). Hospitais privados reforçam peso no país com mais unidades, camas e urgências. *Jornal Público*. Acedido a 27 de novembro 2017, em: <https://www.publico.pt/2017/04/06/sociedade/noticia/hospitais-privados-reforcam-peso-no-pais-com-mais-unidades-camas-e-urgencias-1767917>.

Santos, A.P.L., & Ferrão, S.L.S. 2015. **Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa.

Santos, M.C.S., Andrade, A.G.G., Guimarães, T., Gomes, A. 2010. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 10: 47-57.

Serviço Nacional de Saúde. 2016. Os Hospitais - Reforma do Serviço Nacional de Saúde.

Serviço Nacional de Saúde. 2017. *Acesso aos cuidados de saúde*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt> (2017/11/24; 16H45M).

Serviço Nacional de Saúde. 2017. *ACSS revela dados de 2016*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt> (2017/11/24; 16H10M).

Sethi, D. & Subramanian, S. 2014. When place and time matter: How to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 8 (1): 104–113.

Silva, R. e Amarante, L.N. 2015. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24 (2): 539-47.

Sociedade de Consultores Augusto Mateus & Associados. 2007. **Setor Privado da saúde em Portugal**.

Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos. 2008. *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*.

Sousa, P. 2006. Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 19: 309-318.

Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Leite, E., Nunes, C. 2011. Segurança do doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade.

Sousa, P.A.F. 2009. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios *Acta Paulista Enfermagem*, 22 (Especial - 70 Anos): 884-94.

Szem, J.W., Hydo L.J., Fischer, E., Kapur, S., Klemperer, J., Barie, P.S. 1995. High-risk intrahospital transport of critically ill patients: safety and outcome of the necessary "road trip". *Critical Care Medicine*, 23(10):1660-1666.

Tellis, W.M. 1997. Application of a Case Study Methodology. *The Qualitative Report*, 3 (3),1-19.

Tribunal de Contas. 2017. *Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde*. Relatório n.º 15/2017 – 2ª Secção Volume I.

Usher, M.G., Fanning, C., Wu, D., Muglia, C., Balonze, K., Kim, D., Parikh, A., Herrigel, D. 2016. Information handoff and outcomes of critically ill patients transferred between hospitals. *Journal of Critical Care*,36: 240–245.

Velji, K., Baker, G.R., Andreoli, A., Boaro, N., Tardif, G., Aimone, E., e Sinclair, L. 2008. Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *Healthcare Quartely* Vol. 11, 72-79.

Waddell. G. 1975. Movement of Critically Ill Patients Within Hospital. *British Medical Journal*, 2: 417-419.

Warren J, Fromm RE Jr, Orr RA, Rotello LC, Horst HM. 2004. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 32:256–262.

Waydhas, C. 1999. Intrahospital transport of critically ill patients *Critical Care*, 3: R83-89.

Winslow, A. 1923. **The Evolution and significance of the Modern Public Health Campaign**, New Haven.

World Health Organization (WHO). 2009. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Geneva, Switzerland.

Yin, R.K. 2003. *Case study research: design and methods*. Londres: Sage.