



**Tribunal de Contas**

**Auditoria de  
resultados ao  
Serviço de  
Urgência do  
Centro Hospitalar  
do Algarve, EPE**



**RELATÓRIO N.º10/2016 – 2.ª Secção  
VOLUME I**

*Processo n.º 8/2016 – Audit.*



# Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE

---



## SINOPSE

Articulada à luz do exame à resposta dada a um caso mortal de AVC, a auditoria realizada identificou falhas de organização e de procedimento na assistência ao doente que implicaram perdas de tempo de cerca de 15 horas relevando em especial:

- **O não registo, pelo INEM, de queixas relevantes apresentadas pelo doente, aquando da chamada de emergência [112], que pode ter implicado um atraso no atendimento em cerca de 6 horas.** O registo completo da informação poderia ter resultado no seu encaminhamento direto para o Serviço de Urgência de Faro.
- **A não disponibilização atempada, pelo Centro Hospitalar, de transporte entre as urgências de V. Real de Sto. António e Faro, induzindo o doente a deslocar-se por meios próprios.**
- **Tempos de espera excessivos na urgência de Faro:** na triagem (25m); na observação clínica (01h30m); na realização de meios complementares de diagnóstico (03h30m).
- **Incumprimento dos procedimentos de acionamento da VIA VERDE AVC, que implicaram que o doente tenha sido observado com um atraso de 5 horas nesta unidade, após a triagem.**
- **Incumprimento da rede de referência e demora na determinação do hospital de destino.** Entre a decisão de transferir o doente e a escolha do hospital de destino, passou cerca de 01h00m.
- **Incapacidade de pronta mobilização de meios para o transporte do doente para o hospital escolhido, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, por desarticulação com o INEM e com as empresas de transporte de doentes em *outsourcing*.** Este processo demorou cerca de 04h00m.

A auditoria revelou ainda que:

- **O processo de inquérito, desenvolvido internamente pelo Centro Hospitalar, tem falhas graves e foi totalmente inconsequente em termos de apuramento de responsabilidades.**
- **A avaliação da Entidade Reguladora da Saúde sobre o mesmo caso não comportou procedimentos de averiguação, avaliação e controlo autónomos, nem analisou a reclamação dos familiares do doente, pelo que nada acrescentou ao inquérito já realizado, não contribuindo para a realização das atribuições confiadas à ERS no que respeita à defesa dos utentes do SNS.**

O Tribunal formula um conjunto de recomendações às entidades responsáveis no sentido de serem supridas as falhas de organização e de procedimento identificadas.



## FICHA TÉCNICA

### **Coordenação e Supervisão**

#### ***Auditor-Coordenador***

José António Carpinteiro  
*(Licenciado em Direito)*

#### ***Auditores-Chefes***

Pedro Miguel Fonseca  
*(Licenciado em Economia)*

Jorge Santos e Silva  
*(Licenciado em Gestão e Administração Pública)*

### **Equipa de Auditoria**

Ana Isabel Carreiro  
*(Licenciada em Gestão)*

Ana Mafalda Vieira  
*(Licenciada em Contabilidade e Administração)*



## Índice

<b>I. SUMÁRIO.....</b>	<b>8</b>
1. CONCLUSÕES E OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA .....	8
1.1. ESPECIFICIDADES DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE .....	8
1.2. O SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR.....	9
1.3. ESTUDO DE UM EPISÓDIO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC).....	10
1.4. INQUÉRITO INTERNO E AVALIAÇÃO EXTERNA – ERROS E OMISSÕES .....	13
1.4.1. DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE.....	13
1.4.2. DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.....	14
2. RECOMENDAÇÕES .....	16
<b>II. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
3. FUNDAMENTO, OBJETIVO E ÂMBITO DE AUDITORIA .....	19
4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS .....	19
5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES.....	20
6. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO .....	20
<b>III. DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>27</b>
7. A REDE DE URGÊNCIA HOSPITALAR .....	27
7.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL.....	27
7.2. O TRANSPORTE DE DOENTES URGENTES E EMERGENTES .....	28
8. O CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE.....	31
8.1. RECURSOS HUMANOS DO CHA.....	32
8.2. SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA .....	35
9. O SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE.....	37
9.1. RECURSOS HUMANOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	40
9.2. ATIVIDADE ASSISTENCIAL .....	42
9.3. TEMPOS DE ESPERA .....	44
9.4. VIA VERDE AVC .....	47
10. ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DE REGRAS E PROCEDIMENTOS DE CONTROLO NUM EPISÓDIO DE URGÊNCIA DE AVC ....	50
10.1. O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR .....	50
10.2. O ATENDIMENTO HOSPITALAR.....	51
11. ERROS E OMISSÕES DOS PROCESSOS DE INQUÉRITO E DE AVALIAÇÃO REALIZADOS .....	56
11.1. INQUÉRITO DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE .....	56
11.2. AVALIAÇÃO DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.....	58
<b>IV. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO .....</b>	<b>61</b>
<b>V. EMOLUMENTOS.....</b>	<b>61</b>
<b>VI. DETERMINAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>



## Índice de Ilustrações

FIGURA 1 - NÍVEIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	27
FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA POLIVALENTE .....	28
FIGURA 3 – PRINCIPAIS MEIOS DE EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR .....	29
FIGURA 4 – TIPOS DE AMBULÂNCIAS .....	30
FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS UNIDADES DE SAÚDE DO CHA .....	31
FIGURA 6 – CARATERIZAÇÃO DO CHA .....	32
FIGURA 7 - RECURSOS HUMANOS DO CHA .....	33
FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS ALUNOS DE MEDICINA FORMADOS NA UA .....	34
FIGURA 9 – PROVEITOS E CUSTOS, 2014-2015.....	36
FIGURA 10 – INDICADORES OPERACIONAIS .....	36
FIGURA 11 – UNIDADES DO SU DO CHA .....	37
FIGURA 12 – DEUCI – UNIDADE DE FARO.....	38
FIGURA 13 – DEUCI – UNIDADE DE PORTIMÃO .....	39
FIGURA 14 – CIRCUITO DO UTENTE NO SUP DE FARO .....	39
FIGURA 15 – SUP DE FARO – CIRCUITO DO DOENTE NA SALA DE REANIMAÇÃO (“DIRETOS”) .....	40
FIGURA 16 - RECURSOS HUMANOS NO SERVIÇO URGÊNCIA GERAL DO CHA.....	41
FIGURA 17 – VARIAÇÃO DA PRODUÇÃO – 2014-2015 .....	42
FIGURA 18 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR LOCAL – 2015 .....	43
FIGURA 19 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR LOCAL E MÊS – 2015 .....	43
FIGURA 20 – NÚMERO DE ADMISSÕES POR PERÍODO, FARO E PORTIMÃO, 2014 E 2015 .....	44
FIGURA 21 – TEMPOS DE ESPERA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	44
FIGURA 22 – TEMPOS DO PROTOCOLO DE TRIAGEM DE MANCHESTER .....	44
FIGURA 23 – DISTRIBUIÇÃO DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA POR PRIORIDADE ATRIBUÍDA E POR LOCAL DE ADMISSÃO, 2014 E 2015 .....	45
FIGURA 24 – TEMPO MÉDIO ENTRE ADMISSÃO E TRIAGEM, PORTIMÃO E LAGOS, 2015 .....	45
FIGURA 25 - TEMPO MÉDIO ENTRE ADMISSÃO E 1ª OBSERVAÇÃO MÉDICA E CUMPRIMENTO DO PTM - SUG .....	46
FIGURA 26 - CUMPRIMENTO DO PTM - SUG .....	46
FIGURA 27 - CUMPRIMENTO DO PTM – SUB LAGOS.....	47
FIGURA 28 – CIRCUITO DOS UTENTES COM CRITÉRIOS PARA VIA VERDE AVC .....	49
FIGURA 29 – PERCURSO DO UTENTE – ASSISTÊNCIA PRESTADA NA RESIDÊNCIA .....	50
FIGURA 30 - PERCURSO DO UTENTE NO SUB DE VRSA .....	51
FIGURA 31 - PERCURSO DO UTENTE NO SUP DO HOSPITAL DE FARO .....	52
FIGURA 32 - PERCURSO DO UTENTE – HOSPITAL DE FARO A CHUC, EPE .....	55



## Relação de siglas e acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
AEM	Ambulância de Emergência Médica
ARS Algarve	Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.
AS	Ambulância de Socorro
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CD	Conselho Diretivo
CHLC	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
CHLN	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
CHTMAD	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DEUCI	Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos
DGTC	Direção-Geral do Tribunal de Contas
EPE	Entidade Pública Empresarial
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
INTOSAI	<i>International Organisation of Supreme Audit Institutions</i>
IP	Instituto Público
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
PEM	Postos de Emergência Médica
PR	Postos de Reserva
PTM	Protocolo Triagem de Manchester
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Suporte Imediato de Vida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUG	Serviço de Urgência Geral
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SR	Sala de Reanimação
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TAC - CE	Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica
TC	Tribunal de Contas
TrDC	Transporte Regional do Doente Crítico
UAVC	Unidade de Acidente Vascular Cerebral
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCISU	Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VRSA	Vila Real de Santo António



## I. SUMÁRIO

### 1. Conclusões e observações de auditoria

#### 1.1. Especificidades do Centro Hospitalar do Algarve, EPE

1. Apesar da criação do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, em julho de 2013, persistem **problemas relacionados com a dispersão das suas estruturas físicas, compostas por três hospitais (Lagos, Portimão e Faro) e 3 Urgências Básicas (Loulé, Albufeira e Vila Real de Santo António)**, associados a custos de deslocação de utentes e colaboradores.



2. Para além da dispersão geográfica, o Centro Hospitalar do Algarve, EPE, tem **dificuldades em reter competências, evidenciadas na carência de recursos humanos médicos**, sobretudo em especialidades como a cirurgia vascular, anestesia, obstetrícia, ortopedia, pediatria.
3. **A não contratação de profissionais médicos para colmatar as falhas nas valências mais carenciadas não decorre de limitações orçamentais, mas da dificuldade em fixar profissionais médicos no setor público da região.**
4. **A maioria dos proveitos do centro hospitalar resulta dos contratos programa assinados com a ARS Algarve, IP, que valorizaram a sua produção no âmbito do SNS em €179,7 milhões, em 2014 e em €184,8 milhões, em 2015. O montante de financiamento previsto no contrato programa de 2014 inclui um reforço de € 12 milhões, por forma a remunerar a prestação de cuidados dos Serviços de Urgência Básica de Vila Real de Santo António, Loulé e Albufeira, integrados, desde 1 de agosto de 2014, no CHA.**
5. **O Centro Hospitalar do Algarve, EPE, registou EBITDA positivo, em 2014, de € 2,5 milhões e, em 2015, de € 2,8 milhões**, atingindo assim uma variação positiva de 9,5% entre estes anos. Apesar do resultado da sua atividade operacional se manter negativo o EBIT variou positivamente em 4,6% (passando de -€ 5.542.765,78 para -€ 5.289.456,68).
6. **O Centro Hospitalar do Algarve, EPE, foi objeto de duas recapitalizações no biénio 2013-2104, no total de € 94 milhões, dos quais € 24,6 milhões foram condicionados ao pagamento de dívida vencida, contraída até 30 de setembro de 2014.**



## 1.2. O Serviço de Urgência do centro hospitalar

8. O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE inclui 6 pontos de rede e 3 níveis de resposta, designadamente: urgência básica, em Albufeira, Lagos, Loulé e Vila Real de Santo António; urgência médico-cirúrgica, em Portimão; e urgência polivalente, em Faro.
9. O Serviço de Urgência do Hospital de Faro não assegura todas as valências que devem ser asseguradas por um serviço de urgência classificado como polivalente, nomeadamente cirurgia vascular, cirurgia cardiotorácica e cirurgia maxilo-facial. Também não dispõe de neurorradiologia de intervenção.
10. Em 2015, por falta de médicos, o Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de Faro não assegurou, pontualmente, as valências de ortopedia, pediatria e cirurgia plástica e reconstrutiva. Nestas falhas, os utentes da região tiveram de ser transferidos para unidades de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo.
11. Em termos organizacionais detetou-se:
  - ✓ Falhas no transporte intra e inter-hospitalar (indefinição da responsabilidade pelo transporte de doentes);
  - ✓ Falta de divulgação pelos profissionais dos procedimentos a adotar na ativação da Via Verde AVC (Acidente Vascular Cerebral);
  - ✓ Predomínio de clínicos gerais<sup>1</sup>;
  - ✓ Não integração do sistema de informação das várias unidades hospitalares, o que origina omissões ou falta de qualidade da informação.
12. Em termos de desempenho assistencial, concluiu-se pela existência de:
  - ✓ Tempos de espera adequados entre a admissão e a triagem (nas unidades em que esta informação é passível de ser auditada);
  - ✓ Tempos de espera prolongados (2:12 horas, em média, em Faro) e elevadas taxas incumprimento dos tempos alvo (até 70%) do Protocolo de Triagem de Manchester na espera até à primeira observação médica, particularmente nos serviços de urgência de Faro e Portimão.

FARO	2014		2015	
	Tempo médio	% episódios c/tempo > PTM	Tempo médio	% episódios c/ tempo > PTM
Laranja	01:54	67%	02:05	69%
Amarelo	02:08	49%	02:10	49%
Verde	02:33	41%	02:22	38%
Azul	03:51	31%	02:58	22%
<b>Total</b>	<b>02:12</b>	<b>50%</b>	<b>02:12</b>	<b>50%</b>

Fonte:Elaboração própria, com base nos dados de atendimentos na urgência, disponibilizados pelo CHA.

Portimão	2014		2015	
	Tempo médio	% episódios c/tempo > PTM	Tempo médio	% episódios c/ tempo > PTM
Laranja	00:35	61%	00:30	70%
Amarelo	01:28	41%	01:03	32%
Verde	02:14	33%	01:42	23%
Azul	03:24	32%	02:26	16%
<b>Total</b>	<b>01:22</b>	<b>45%</b>	<b>01:01</b>	<b>40%</b>

Fonte:Elaboração própria, com base nos dados de atendimentos na urgência, disponibilizados pelo CHA.

<sup>1</sup> Incluindo a especialidade de medicina geral e familiar.



## 1.3. Estudo de um episódio de Acidente Vascular Cerebral (AVC)

13. O AVC representa em Portugal uma das principais causas de morte e de incapacidade, o que justificou a sua integração numa rede de referência específica, como é a VIA VERDE AVC.
14. Em dezembro de 2015 foi noticiada a transferência de um utente, com um diagnóstico de AVC isquémico, do Hospital de Faro para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, onde viria a ser declarado o óbito. Apesar de a análise dos fatos relativos ao episódio noticiado ter sido objeto de inquérito instaurado pelo Centro Hospitalar do Algarve, EPE, cujo destino foi o arquivamento, na **presente auditoria apuraram-se diversas insuficiências organizacionais e procedimentais que de seguida se evidenciam.**

### **Erros e insuficiências organizacionais e de procedimentos detetados**

#### **a) Ao nível do atendimento pré hospitalar**



Residência do utente  
Sintomas descritos  
telefonicamente ao INEM:  
Indisposição,  
braço apanhado e falta de forças.

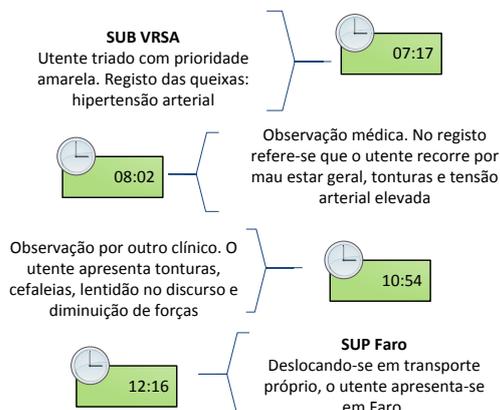
15. **Erro na triagem telefónica do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)<sup>2</sup>.** O algoritmo e respetivo fluxo seguido pelo operador - IND – outros problemas - *deveria ter sido alterado para o algoritmo DMS - Défice Motor Sensitivo, assim que* foi referida a queixa de “*braço apanhado*”. **A alteração do algoritmo e do respetivo fluxo poderia ter resultado na inclusão do doente na VIA VERDE AVC e no seu encaminhamento direto para o SUP de Faro, dispensando a passagem pelo SUB de VRSA o que abreviaria a primeira observação do doente, num ponto da rede de urgência com capacidade para o diagnóstico clínico e imagiológico de AVC, em cerca de 6 horas.**

<sup>2</sup> Estrutura integrada no Instituto Nacional de Emergência Médica, IP – INEM.



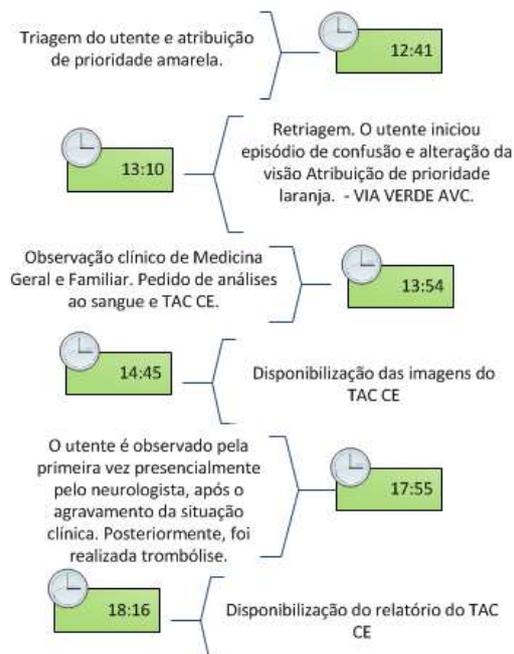
## b) Ao nível dos cuidados hospitalares no CHA

### No Serviço de Urgência Básica de Vila Real de Santo António:



16. Na triagem não foram perguntadas e registadas no processo clínico do doente **todas as queixas apresentadas pelo utente** desde o primeiro contacto com o CODU.
17. **Inexistência de contato telefónico** entre o médico do SUB e o SUP do Hospital de Faro para referência do utente, em incumprimento do protocolo do circuito de gestão de doentes.
18. **Omissão de registo de requisição ou de registo de indicação para a realização de TAC-CE.**
19. **Omissão de registo de pedido de transporte.**
20. **O utente é transportado para o SUP do Hospital de Faro na viatura de um familiar, por incapacidade do CHA em disponibilizar, tempestivamente, o transporte por ambulância.**

### No Serviço de Urgência Polivalente de Faro (SUP de Faro):



#### 21. Tempos de espera excessivos:

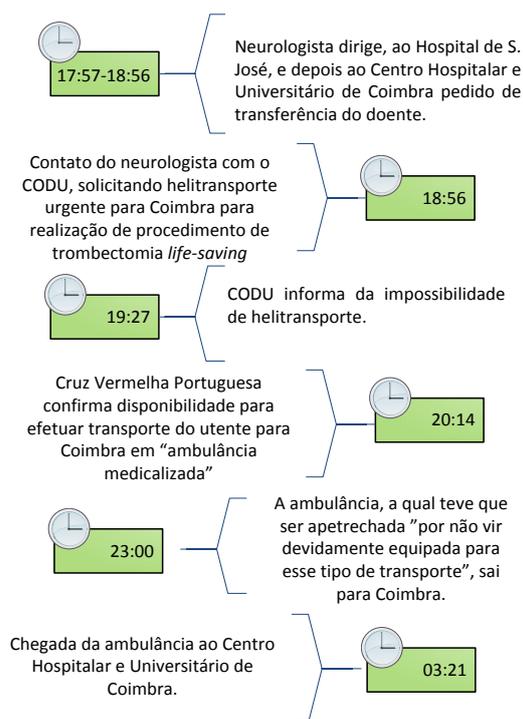
- **25 minutos** para a triagem;
- **1 hora e 3 minutos** para atendimento clínico, após a triagem;
- **33 minutos** para atendimento clínico, após alteração do nível de prioridade para laranja (o limite são 10 minutos);
- **3 horas e trinta minutos** para a produção do relatório de TAC-CE.



22. **A VIA VERDE AVC foi sinalizada no sistema informático clínico da urgência (ALERT) mas não foi acionada:**

- Na triagem não foi contactado o neurologista da unidade de AVC;
- O primeiro contacto com clínico neurologista da unidade de AVC apenas ocorreu telefonicamente e na sequência do atendimento efetuado pelo clínico de medicina geral e familiar;
- Apesar da sugestão de realização da TAC –CE, efetuada pelo clínico neurologista e prescrita pelo clínico de medicina geral e familiar, em funções no balcão 2 do Serviço de Urgência, nenhum dos clínicos procedeu à consulta das **imagens da TAC-CE disponibilizadas no sistema desde as 14:45 horas**;
- O clínico neurologista da Unidade de AVC só observou o doente pelas *“(…) 17.50 horas, quando se deu a alteração negativa do estado clínico do doente.”*

**c) Ao nível da transferência inter-hospitalar a partir do CHA**



23. **Tempos de espera excessivos:**

- **33 minutos** para obter a informação da impossibilidade de voo do helicóptero;
- **24 minutos** para solicitar um pedido de transporte a uma empresa, após informação da impossibilidade de acionar o helicóptero;
- **23 minutos** a aguardar confirmação pela primeira empresa contactada, da disponibilidade para fazer o transporte do utente (resposta foi negativa);
- **1 hora e trinta e nove minutos** a medicalizar a ambulância com equipamentos e pessoal do próprio Hospital de Faro.

24. **Incumprimento da rede de referênciação:**

- O clínico neurologista da unidade de AVC não contactou o hospital de referência, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE. Esta decisão foi tomada com base na suposição de que o Hospital de Santa Maria não dispunha de equipa para procedimentos de neurorradiologia de intervenção. No entanto, segundo informação prestada ao Tribunal pelo Conselho de Administração deste Centro Hospitalar, caso tivessem sido contactados, teriam sido *“(…) tomadas as diligências necessárias à constituição de uma equipa (…)”*;



- Por escolha do clínico neurologista foi contactado o Hospital de São José (Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE), que informou não dispor, à hora prevista de chegada do utente a Lisboa, de meios humanos habilitados para prestar os cuidados de saúde necessários;
- O clínico neurologista não indagou da disponibilidade de outros centros hospitalares mais próximos, designadamente na região de Lisboa e Vale do Tejo (Hospital Garcia de Orta, EPE, e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE), tendo efetuado contacto e pedido de transferência do utente ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, pedido que foi aceite.

25. **Deficiente organização da rede nacional de urgência e articulação ineficaz com o Instituto Nacional de Emergência Médica, IP - INEM:**

- O tempo de transferência foi excessivo, tendo decorrido **8:21 horas, entre a decisão do neurologista da unidade de AVC de transferir o utente, e a sua chegada ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.**
  - i. **Entre o pedido de helitransporte e a saída da ambulância de Faro para Coimbra, o utente aguardou cerca de 4:00 horas;**
  - ii. O percurso até Coimbra demorou 4:21 horas.
- Perante a informação prestada pelo INEM, de indisponibilidade de helitransporte, o clínico neurologista não diligenciou, de imediato, junto do INEM, no sentido de acionar outro meio de transporte de doente urgente apropriado ao estado crítico do utente.
- Concomitantemente, nos contactos estabelecidos com o CODU do INEM, também não foi por este sugerido e acionado outro meio de transporte urgente alternativo.
- O INEM não dispõe de informação compreensiva e atualizada sobre a disponibilidade de valências específicas nos serviços de urgência a nível nacional, o que limita cumprimento da sua missão e das suas atribuições no transporte de urgência/emergência.

## 1.4. Inquérito interno e avaliação externa – erros e omissões

### 1.4.1. Do Centro Hospitalar do Algarve, EPE

26. **O processo de inquérito instaurado pelo Centro Hospitalar do Algarve, EPE, não apurou de forma completa e compreensiva os factos relevantes, produzindo conclusões erradas e inconsequentes** para o Conselho de Administração, direções e profissionais envolvidos no mesmo:

- Não foi tida em consideração a sinalização da VIA VERDE AVC e a razão da sua não ativação – omissão;  
Esta desconsideração foi justificada com erros do sistema informático que, alegadamente, o enfermeiro triador não pode anular, o que é falso visto que **o hospital pode decidir não ter a funcionalidade de indicação automática da VIA VERDE AVC ativa** ou *“(…) o enfermeiro triador após concluir a triagem e tendo esta despoletado a Via Verde AVC, pode desativá-la se assim pretender.”<sup>3</sup>*
- Não foram ouvidos todos os intervenientes no episódio de urgência – médicos, CODU e familiares reclamantes – omissão;

<sup>3</sup> Fonte: ALERT Life Sciences Computing, SA.



- Não foi apurada a razão da desconsideração das regras estabelecidas na rede de referência e transporte de doentes - omissão;
  - Não foram medidos nem questionados os tempos de resposta a vários pedidos constantes do processo, nomeadamente, meios complementares de diagnóstico (TAC-CE) e transporte de doentes em ambulância - omissão;
  - Presumiu-se a recusa por parte do Hospital de S. José (CHLC, EPE) em receber o utente, sem recolha de evidência sobre a existência ou tentativa de reunir equipa nesse hospital até que o utente chegasse do Hospital de Faro transportado em ambulância – erro;
  - Propõe-se “(...) melhoria da resposta em tempo útil e em qualidade do CODU(...)”, proposta que, além de infundada, extravasava o âmbito das competências do instrutor e do próprio hospital – erro.
27. **O inquérito interno concluiu que todos os procedimentos tidos pelos clínicos no Serviço de Urgência Básica de Vila Real de Santo António e no Serviço de Urgência Polivalente de Faro foram os adequados**, bem como a decisão da transferência para o Hospital de São José.
28. **O inquérito chegou a conclusões erradas**, limitando-se a imputar o “(...) tempo desnecessariamente perdido (...)” a entidade externa, o CODU/INEM, por alegadamente não ter disponibilizado a ambulância medicalizada devidamente equipada, o que é falso. Na verdade a ambulância não foi solicitada àquela entidade, mas sim a entidades com as quais o centro hospitalar tem acordos, competindo-lhe diligenciar pelo funcionamento regular dos mesmos.
29. **Em 26 de janeiro de 2016, o então Conselho de Administração homologou as conclusões e mandou arquivar o processo, apesar das omissões e falsidades**, impossibilitando o apuramento de indícios respeitantes a qualquer tipo de responsabilidades e inviabilizando a formulação de propostas de melhoria dos procedimentos internos da organização, de modo a prevenir e evitar este tipo de eventos.

#### 1.4.2. Da Entidade Reguladora da Saúde

30. O processo de avaliação aberto pela **Entidade Reguladora da Saúde**, por conhecimento officioso dos factos noticiados, com vista a aferir da adequação dos procedimentos adotados pelo Centro Hospitalar do Algarve, EPE, **não acrescentou elementos de análise para além daqueles que já constavam no inquérito interno daquele centro hospitalar.**
31. **Assim, as conclusões e recomendações do processo de avaliação não estão suportadas por evidência exata e completa.**
32. **Não foram realizados procedimentos de averiguação, avaliação e controlo autónomos e não foi analisada a reclamação do familiar do utente.**
33. **Caso a ERS proceda de forma similar nos processos de avaliação que realiza, baseando-se apenas na informação contida nos processos de inquérito internos e sem diligenciar por outras averiguações, com toda a probabilidade o resultado obtido será coincidente e por isso redundante face às conclusões dos inquéritos internos que lhe serviram de base.**



34. **Este processo de avaliação resultou em arquivamento**, o que, em virtude da autoridade e natureza independente da ERS, reforçou e avalizou premissas falsas e conclusões inconsequentes produzidas no processo de inquérito interno do Centro Hospitalar do Algarve, EPE.
35. Neste processo de avaliação a **ERS não contribuiu para a realização das suas atribuições no que respeita à defesa dos utentes.**



## 2. Recomendações

### ***Ao Ministro da Saúde***

- I. Diligenciar para que seja garantido ao utente e aos seus familiares o direito de serem ouvidos nos processos de inquérito em que tenham interesse legítimo e que as suas pronúncias sejam remetidas para a Entidade Reguladora da Saúde.
- II. Assegurar que os inquéritos são instruídos de forma completa, transparente, compreensível e rastreável, incumbindo, eventualmente, a Inspeção das Atividades em Saúde (IGAS) da realização de um exame sobre a qualidade dos mesmos.
- III. Assegurar que os resultados dos inquéritos, incluindo apreciações e despachos que sobre eles recaiam, sejam publicitados nos sítios institucionais na *internet*, por razões de transparência.
- IV. Assegurar que a nomeação dos instrutores dos processos de inquérito recai sobre indivíduos que não estão na dependência hierárquica das unidades de saúde visadas e que possuem conhecimentos sobre revisão e melhoria de processos e segurança do utente.
- V. Diligenciar pela clarificação das funções e responsabilidades dos vários intervenientes no transporte de doentes urgentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, para que não subsistam dúvidas sobre quais as responsabilidades dos hospitais e quais as responsabilidades do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP.
- VI. Garantir a efetiva articulação entre as unidades de saúde e o Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, no sentido de permitir o cruzamento da informação relativa às triagens e às ativações de Vias Verdes AVC efetuadas quer pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes quer pelos serviços de urgência hospitalar.
- VII. Diligenciar pela criação de um diretório nacional dos serviços médicos disponíveis em cada serviço de urgência, garantindo que o Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, dispõe da informação necessária ao cumprimento da sua missão e das suas atribuições no transporte de urgência/emergência.
- VIII. Diligenciar pela derrogação dos limites impostos às horas extraordinárias e ao preço hora para a contratação de médicos em regime de prestação de serviços nas unidades hospitalares do SNS com dificuldades comprovadas na captação de profissionais médicos, como o Centro Hospitalar do Algarve, EPE, na exata medida do necessário para permitir equidade no acesso por parte de todos os utentes a nível nacional.
- IX. Promover a criação de mecanismos de deslocação inter-hospitalar de recursos – profissionais de saúde – em situações de grave perturbação da disponibilidade dos serviços de urgência de determinada unidade.  
*[Neste sentido vide também a recomendação n.º IV do Relatório n.º 20/2015 – 2.ª Secção.]*
- X. Centralizar a abertura dos procedimentos concursais para recrutamento e colocação de médicos nos quadros das unidades de saúde, determinando as vagas a preencher por especialidade e por unidades de saúde, resolvendo a sistemática escassez de recursos em unidades mais periféricas, por



forma a assegurar equidade no acesso dos utentes a cuidados de saúde aos centros hospitalares, seja no Algarve, Porto, Lisboa, Coimbra ou outros.

- XI. Promover, em articulação com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o aumento do número de vagas de acesso ao ensino superior na área da Medicina na Universidade do Algarve, bem como da capacidade formativa pós-graduada nas unidades hospitalares da região, por forma a colocar esta Universidade ao serviço da Região.

*[Neste sentido vide também a recomendação n.º VII do Relatório n.º 20/2015 – 2.ª Secção.]*

- XII. Estudar, em articulação com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, a instituição de quotas para o curso de medicina na Universidade do Algarve para os estudantes naturais da própria região (ou residentes por mais de x anos), desde que se prove que a probabilidade de os estudantes naturais da região se fixarem profissionalmente no Algarve seja significativamente mais elevada do que a que respeite aos naturais de outras regiões.

### ***Ao Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde***

- I. Assegurar que os processos de avaliação escrutinem a informação contida nas averiguações e nos inquéritos disponibilizados pelas entidades avaliadas, de modo a que as conclusões e recomendações da ERS estejam suficiente e tecnicamente suportadas por evidência exata e completa, obtida a partir da realização de iniciativas e procedimentos próprios de avaliação e de controlo autónomos, o que não se verificou no caso em análise.

### ***Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE***

- I. Rever os processos instituídos e controlar o cumprimento dos tempos-alvo de resposta nos atendimentos urgentes, seja na triagem, nas “Vias Verdes” ou na disponibilização de Meios Complementares de Diagnóstico, tendo em vista a revisão dos processos e o encurtamento dos respetivos tempos.
- II. Garantir ao utente e aos seus familiares o direito de serem ouvidos nos processos de inquérito em que tenham interesse legítimo.
- III. Assegurar que os inquéritos são instruídos de forma independente, completa, transparente, compreensível, rastreável/auditável e que os seus resultados são publicitados no sítio institucional da *internet*, por razões de transparência.
- IV. Assegurar que a nomeação dos instrutores dos processos de inquérito recai sobre indivíduos que não estão na dependência hierárquica do centro hospitalar e que possuem conhecimentos sobre revisão e melhoria de processos e segurança do utente.
- V. Assegurar a divulgação e aplicação por todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde, das regras e procedimentos de referenciação e transporte de doentes urgentes.
- VI. Garantir a operacionalidade a 100% de todas as valências dos serviços de urgência do centro hospitalar, bem como da unidade de AVC, revendo os processos de modo a encurtar os tempos de intervenção.



- VII. Diligenciar pela integração da informação e dos registos clínicos e administrativos, Meios Complementares de Diagnóstico e gestão de recursos humanos, entre as várias unidades geográficas do Centro Hospitalar, de modo a assegurar eficiência operacional.

***Ao Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP***

- I. Garantir os instrumentos necessários para que as queixas dos utentes apresentadas ao INEM, designadamente através do número europeu de emergência [112], sejam transmitidas aos clínicos dos hospitais.
- II. Promover a qualidade da triagem do Centro de Atendimento a Doentes Urgentes, considerando, designadamente, os resultados da triagem hospitalar e implementar processos de auditoria aos pedidos de transporte de doentes críticos.  
*[Neste sentido vide também a recomendação n.º VI do Relatório n.º 47/2010 – 2.ª Secção.]*
- III. Avaliar e divulgar publicamente os resultados, em termos de prioridade atribuída, das triagens efetuadas pelo INEM e pelos serviços urgência hospitalar, discriminando as ocorrências registadas como VIA VERDE pelo CODU e/ou pelos serviço de urgência hospitalar.
- IV. Assegurar que 100% dos registos de ocorrências dispõem dos resultados da triagem do Serviço de Urgência hospitalar.
- V. Implementar procedimentos de registo da indisponibilidade de meios de socorro aéreos por motivos meteorológicos que permitam conhecer os tempos de inoperacionalidade do meio aéreo.



## II. INTRODUÇÃO

### 3. Fundamento, objetivo e âmbito de auditoria

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas para 2016, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 4/2015, da 2ª Secção, de 26 de novembro, realizou-se uma auditoria de resultados ao Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar do Algarve, EPE (CHA).

O presente Relatório dá conta dos resultados da auditoria realizada, que teve como objetivo examinar o acesso e os tempos de espera na Rede de Urgência/Emergência da responsabilidade do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, e averiguar a conformidade dos procedimentos seguidos com os protocolos estabelecidos.

O âmbito temporal abrange o ano de 2015, sem prejuízo de análises pontuais com âmbito temporal mais alargado ou restrito.

### 4. Metodologia e procedimentos

Na preparação e desenvolvimento desta ação foram seguidos critérios, técnicas e metodologias acolhidas pelo Tribunal de Contas, designadamente as previstas no Regulamento da 2.ª Secção e no Manual de Auditoria e de Procedimentos, bem como, subsidiariamente, as metodologias geralmente aceites pelas organizações internacionais de controlo, como é o caso da INTOSAI - *International Organisation of Supreme Audit Institutions*, da qual o Tribunal de Contas Português é membro.

Considerando a complexidade do funcionamento de um serviço de urgência face aos objetivos desta auditoria recorreu-se a um caso de estudo assimilando-se o *standard* da INTOSAI contido na ISSAI 3000, Appendix 1<sup>4</sup>.

O caso de estudo justificou-se pela relevância dos acidentes vasculares cerebrais nas causas de mortalidade, o destaque que lhes tem sido dado nos Planos Nacionais de Saúde, bem como a necessária intervenção dos serviços de urgência no atendimento destas ocorrências.

Neste sentido o caso de estudo permitiu realizar um exame mais detalhado e profundo aos procedimentos, às funções e responsabilidades dos diversos intervenientes e ao apuramento dos tempos de espera verificados numa situação concreta, que se enquadra em regras específicas respeitantes a triagem e protocolos<sup>5</sup>. Para assegurar uma compreensão abrangente do caso foi também considerada a intervenção de outras entidades, tais como o INEM, outros centros hospitalares e ainda a Universidade do Algarve a propósito da formação de médicos no curso de ciências médicas e respetiva colocação profissional na região. O caso de estudo foi ainda conjugado com outros procedimentos de auditoria aplicados à análise dos recursos físicos e financeiros do Centro hospitalar do Algarve, EPE.

<sup>4</sup> Cfr. Ponto 4, pags. 94 e segs. do Apêndice 1 in ISSAI 3000ªA . No que respeita à compreensão da utilidade do recurso a "*case study investigation*" foi também tida como referência a metodologia constante do "*Case Study Evaluations*" do GAO – United States General Accounting Office; Program Evaluation and Methodology Division; GAO/PEMD-91-10.1.9..

<sup>5</sup> Mais precisamente na designada "Via Verde AVC".



Assim, foram realizados testes e procedimentos de auditoria para a análise da informação recolhida junto do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, bem como entrevistas e audições a técnicos e responsáveis daquelas entidades.

A recolha e o exame de dados e da evidência de auditoria articulou-se à luz de um caso mortal concreto de AVC tendo em conta a relevância dos acidentes vasculares cerebrais nas causas de mortalidade e o destaque que lhes tem sido dado nos Planos Nacionais de Saúde.

## 5. Condicionantes e limitações

A avaliação do desempenho da atividade dos serviços de urgência do Centro Hospital do Algarve, EPE, foi condicionada pela inexistência de bases de dados completas, fiáveis e auditáveis, com os registos das admissões e do percurso dos doentes nos vários serviços de urgência, sendo de realçar:

- A incompletude dos dados, pela ausência de informação essencial como a relativa à triagem efetuada, em parte relevante dos episódios de urgência;
- A fragmentação dos registos em diversas bases de dados, com estruturas distintas e com registos não comparáveis entre si;
- A imprecisão dos registos em algumas dessas bases de dados, nomeadamente ao nível dos tempos associados ao percurso do utente nos serviços de urgência, por incluírem apenas a hora aproximada dos vários eventos;
- A incoerência temporal de parte relevante dos episódios de urgência (data-hora admissão = data-hora da triagem), data-hora atendimento=data-hora alta, etc)).

A análise efetuada permite, ainda assim, retirar algumas conclusões sobre alguns dos serviços de urgência que compõem o CHA.

Sublinha-se ainda que os responsáveis do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, não responderam atempadamente e cabalmente a todos os pedidos de informação e de esclarecimentos formulados.

Regista-se a boa colaboração prestada pelos dirigentes e responsáveis dos serviços da Entidade Reguladora da Saúde e do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, contactados no decurso da auditoria.

## 6. Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório

No exercício do princípio do contraditório, ao abrigo e para os efeitos previstos nos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, o relato da auditoria foi enviado aos seguintes responsáveis:

- Ministro da Saúde;
- Presidente do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde (em extrato);
- Presidente do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP (em extrato);
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE;
- Membros do anterior Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE.



Foram recebidas respostas de todos os notificados, com exceção dos membros do anterior Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, sendo que as alegações apresentadas constam, na íntegra, do Volume II do presente Relatório.

As referidas alegações foram ainda reproduzidas, em síntese e nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

## **Ministro da Saúde**

O Ministro da Saúde pronuncia-se fundamentalmente sobre o projeto de recomendações constante do relato da auditoria.

Relativamente à primeira recomendação, refere que *“Aos utentes do SNS e aos seus familiares é sempre conferido o direito de apresentação de reclamações escritas (...)”* salientando que no caso em concreto *“(...) independentemente de terem ou não sido ouvidos presencialmente no processo de inquérito, essa pronúncia foi tida em consideração pelo instrutor e refletida nas conclusões extraídas.”* e que *“(...) a reclamação apresentada foi remetida à Entidade Reguladora da Saúde, estando em curso a sua apreciação nessa sede.”*.

Na verdade, no caso concreto examinado nem o instrutor do processo de inquérito interno do Hospital nem a Entidade Reguladora da Saúde tiveram em conta a referida reclamação. Esta alegação revela desconhecimento sobre os documentos produzidos e não é consentânea com o interesse sobre os resultados das intervenções, quer do Centro Hospitalar que tutela quer da Entidade Reguladora da Saúde.

De facto, o próprio instrutor do hospital vem comunicar, no âmbito do contraditório, que *“Não fiz audição (...) aos familiares, por ter entendido que este processo de inquérito se destinava apenas a avaliar a intervenção dos profissionais dependentes do Centro Hospitalar do Algarve sob o ponto de vista técnico científico”*, nada referindo, nem neste âmbito nem no relatório do processo de inquérito, sobre a reclamação apresentada pelos familiares do utente.

Também no caso da Entidade Reguladora da Saúde, além de a mesma não ter instaurado um processo de contra-ordenação pelo facto de o hospital não ter cumprido o prazo de remessa da reclamação nos termos previstos no Regulamento n.º 65/2015, de 11 de fevereiro, da Entidade Reguladora da Saúde, tendo a mesma dado entrada em 02/03/2016, nunca chegou a ser tida em conta no processo de avaliação, apesar de este só ter sido concluído em 07/04/2016. De facto a reclamação não foi analisada pela ERS.

A desconsideração da reclamação do utente, neste processo, é incompreensível, tendo em conta que as reclamações apresentadas pelos utentes devem ser um instrumento de melhoria dos processos internos das instituições, sendo fundamental que sejam analisadas em inquéritos relativos à prestação de cuidados de saúde, pelo que se mantém a recomendação formulada.

Sobre as recomendações II e IV, respeitantes a inquéritos e processos disciplinares, informa que *“A realização de inquéritos e, caso se justifique, a instauração de processos disciplinares, a sua tramitação e as conclusões extraídas, constituem matérias inseridas na esfera de atribuições e de autonomia dos serviços e organismos do Serviço Nacional de Saúde”*.



Tal não se compreende, tendo em conta que a tutela é, em final de linha, responsável pela atuação de todas as unidades do SNS, mais não seja porque nomeia e destitui os Conselhos de Administração de cada unidade, devendo avaliar o seu desempenho, nos termos do art. 6<sup>a</sup> do Estatuto do Gestor Público<sup>6</sup>, pelo que não deverá deixar de assumir a responsabilidade associada à recomendação formulada.

Aliás, logo de seguida vem o Ministro da Saúde referir que *“(...) poderão ser emitidas recomendações às entidades que integram o SNS, assim como solicitar a intervenção da Inspeção Geral das Atividades em Saúde, no sentido preconizado.”*, pelo que é clara a existência de responsabilidades próprias na forma de condução dos processos de inquérito internos e do controlo da sua qualidade, nomeadamente pela eventual solicitação da intervenção da IGAS. No entanto, no caso concreto examinado tal intervenção não foi solicitada, apesar da gravidade do caso. Desta forma, mantém-se a recomendação formulada, devendo o Ministro da Saúde assegurar que os processos são desenvolvidos tendo em vista a efetividade do direito à saúde.

Já quanto à recomendação III, efetuada no sentido da publicitação dos resultados dos inquéritos, considera o Ministro da Saúde que *“(...) a divulgação de dados sensíveis (...) pode por em causa direitos essenciais dos envolvidos e exigirá sempre prévia autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.”*.

Ora, a divulgação dos resultados dos inquéritos, incluindo informação sobre se concluíram pelo arquivamento ou se originaram outras consequências, designadamente a instauração de processos disciplinares, não implica a publicitação de quaisquer dados pessoais, que podem ser omitidos. Por outro lado, o cidadão e o contribuinte têm que saber se os processos de inquérito internos são, ou não, efetivos e consequentes, tendo em conta que os mesmos constituem instrumentos fundamentais do controlo da qualidade da atividade desenvolvida pelos hospitais. Tanto a publicitação dos resultados dos inquéritos como a audição dos utentes ou dos seus familiares nesses mesmos processos confere transparência aos processos. Entende assim o Tribunal manter a recomendação, sem prejuízo do cumprimento das obrigações legais de proteção de dados.

Sobre as recomendações V a VII, o Ministro da Saúde refere que *“(...) da análise realizada aos dados constantes do relatório em apreço, não se encontraram indícios de dificuldades na articulação entre o Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. e o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. ou de falta de articulação entre estes organismos.”*.

Ora, tal não se compreende tendo em conta os factos apresentados no relato da auditoria respeitantes à disponibilização de meios de transporte e ao não cumprimento das redes de referenciação – cfr. pontos 9.2 e 10.1 – e bem assim as propostas produzidas pelo instrutor do Centro Hospitalar no inquérito interno.

Sobre a recomendação VIII, designadamente a alteração ou derrogação dos limites, temporais ou remuneratórios, do trabalho extraordinário e do preço hora para a contratação de médicos em regime de prestação de serviços nas unidades hospitalares com comprovada carência de médicos, o Ministro da Saúde considera que esta medida *“(...) acarreta riscos de tratamento desigual entre*

<sup>6</sup> Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18/01, e retificado pela Declaração de Retificação n.º 2/2012, 18 de janeiro, do Ministério das Finanças.



*profissionais do SNS, não sendo evidente que garanta uma melhoria no funcionamento dos estabelecimentos de saúde”.*

O Tribunal salienta neste âmbito que a recomendação proposta no relato de auditoria resulta do facto de as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para a fixação de profissionais médicos no CHA terem vindo a ser claramente infrutíferas, pela sua fraca aderência.

Neste contexto, a manutenção das atuais limitações determina um tratamento desigual dos utentes do Centro Hospitalar do Algarve, relativamente à qualidade e às condições de acesso a cuidados de saúde. O combate a esta desigualdade inequívoca de acesso passa pela criação de incentivos à fixação de profissionais médicos, que devem ser dimensionados para assegurar que todos os utentes têm o mesmo acesso à saúde em todo o território do país, de modo a assegurar os direitos constitucionais dos cidadãos/utentes do Serviço Nacional de Saúde.

A este propósito o CHA referiu que *“A nível da tutela foi publicada a Portaria 70/2015, que fixa o valor das ajudas de custo e de transporte a atribuir ao pessoal médico nas situações de mobilidade a tempo parcial (...) e o Decreto-Lei n.º 101/2015...”, tendo acrescentado que “Esta legislação não se tem mostrado suficiente na medida em que, no momento a Portaria 70/2015 não está a ser aplicada a nenhum médico. Relativamente ao DL 101/2015, apenas a 2 médicos.”.*

Quanto à recomendação IX [criação de mecanismos de deslocação inter-hospitalar de recursos – profissionais de saúde – em situações de grave perturbação da disponibilidade dos serviços de urgência], o Ministro da Saúde informa que o SNS, como rede nacional de prestação de cuidados, partilha recursos quando necessário, e que no caso concreto do CHA foram já estabelecidos acordos inter-institucionais *“(...) procurando diminuir, quando possível as dificuldades sentidas em áreas específicas, através da partilha de meios”.* Acrescentou, ainda, que *“(...) em paralelo, foi promovida a transferência de utentes, entre os diversos serviços de urgência (...) procurando diminuir as dificuldades sentidas pontualmente”.* Não refere, no entanto, quais as entidades, nem especifica quais os meios envolvidos.

Sobre a recomendação XI, o Ministro da Saúde refere que *“Sem prejuízo da intervenção que este Ministério da Saúde possa ter junto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, compete a este, em articulação com as Universidades, definir o número de vagas nos cursos de Medicina.”* e, sobre a recomendação XII, que *“A medida em apreço não se insere na esfera de atribuições do Ministério da Saúde e sim do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, em articulação com a Universidade do Algarve.”.*

Pese embora o alegado pelo Ministro da Saúde, este deverá ser o principal interessado na colocação de médicos para satisfação das necessidades do SNS, atendendo neste caso às carências da região do Algarve. Mantém-se assim as recomendações formuladas, independentemente de o desenvolvimento de eventuais medidas, neste âmbito, dever ser efetuado em articulação com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Ainda relativamente à recomendação XII, acrescenta o Ministro da Saúde que o recomendado *“(...) é suscetível de criar situações de desigualdade e não atingir os fins pretendidos (...)”.* A recomendação vai exatamente no sentido da medida preconizada ser estudada quanto aos seus efeitos, estudo que obviamente deverá ter carácter científico e basear-se em métodos matemáticos. Mantém-se, assim, a recomendação formulada.



## **Entidade Reguladora da Saúde**

Em contraditório, a Entidade Reguladora da Saúde considera que a recomendação que lhe é formulada "*(...) não se afigura adequada, nem proporcional.*", por a auditoria do Tribunal ter abrangido a intervenção da ERS e os procedimentos administrativos por ela adotados num caso concreto, não tendo sido efetuada "*(...) qualquer avaliação financeira ou contabilística sobre os factos em apreço ou sobre o impacto financeiro ou contabilístico dos mesmos(...)*".

A este respeito, e como bem diz a ERS, o Tribunal de Contas "*(...) fiscaliza a legalidade e regularidade das receitas e das despesas públicas, aprecia a boa gestão financeira e efetiva responsabilidades por infrações financeiras.*"<sup>7</sup>. Para tal, o Tribunal pode, nos termos do n.º 1 do artigo 55.º da LOPTC, realizar a qualquer momento, por iniciativa sua ou a solicitação da Assembleia da República ou do Governo, auditorias de qualquer tipo ou natureza.

Neste âmbito, e no que à situação em concreto interessa, compete ao Tribunal de Contas apreciar a legalidade, bem como a economia, eficácia e eficiência da gestão das entidades referidas nos n.ºs 1 e 2 do artigo 2.º da LOPTC, incluindo a organização, o funcionamento e a fiabilidade dos sistemas de controlo interno<sup>8</sup>.

Ora a análise dos procedimentos administrativos realizados pela ERS examinados na auditoria enquadra-se no âmbito das competências e poderes do Tribunal de Contas supra citados, considerando que:

- ✓ A prestação de cuidados de saúde com maior ou menor qualidade tem impacto na despesa pública;
- ✓ A ação da ERS, designadamente em matéria de supervisão da atividade e do funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita "*À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes.*"<sup>9</sup> se suportada em procedimentos eficazes, contribui para a boa gestão dos recursos públicos.

Sucede que, na situação analisada na auditoria, o procedimento realizado pela ERS não foi eficaz, não alcançando os resultados que seriam de esperar de um procedimento realizado por uma entidade reguladora independente. Não realizando qualquer procedimento de averiguação, avaliação e controlo, a ERS acabou por corroborar as conclusões de um processo de inquérito interno do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, assente em premissas que, a auditoria realizada revelou serem falsas.

Deste modo, a ERS, no caso concreto, não contribuiu com a sua atuação para a prestação de cuidados de saúde de qualidade por parte do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, e, conseqüentemente, para a boa gestão dos recursos públicos colocados à disposição deste, sendo de censurar a ligeireza com que o processo foi desenvolvido, justificando-se inteiramente a recomendação formulada pelo Tribunal de Contas.

<sup>7</sup> Cfr. art.º 1º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

<sup>8</sup> Cfr. art.º 5º, n.º 1, al. f), da Lei n.º 98/97 – Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

<sup>9</sup> Cfr. art.º 5º, n.º 2, al. b), dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 12 de agosto.



Mais, ao não ser eficaz na sua atuação, a ERS desperdiçou também os recursos públicos que lhe estão afetos, sendo que é incumbência dos seus órgãos de gestão assegurar "(...) *que os recursos de que dispõem são administrados de forma eficiente e sem desperdícios*(...)"<sup>10</sup>. Também, neste âmbito, a recomendação do Tribunal encontra justificação.

## **Centro Hospitalar do Algarve, EPE**

Em contraditório, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, informou que "(...) *já foram elaboradas propostas, pelo (...) atual Diretor do DEUCI – Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, (...) no sentido de alteração de alguns procedimentos, presumindo-se que da sua aplicação interna e diligências a efetuar, se evitarão situações análogas futuras,*" nomeadamente:

- *Reiterar a colaboração entre profissionais médicos dos vários Serviços de Urgência;*
- *Que toda a informação passe a acompanhar o doente na sua transferência entre Serviços de Urgência, (...);*
- *Garantir o respeito e observância dos tempos de espera recomendados pelo sistema de Triagem de Manchester, medida esta considerada como prioritária pela atual Direção do Departamento (DEUCI);*
- *ultimar a revisão do circuito da Via Verde do AVC e conseqüentemente proceder as diligências necessárias para o envolvimento de todos os profissionais nos procedimentos, incluindo na realização e avaliação dos meios complementares de diagnóstico e as terapêuticas, por se considerar que a Via Verde do AVC não cessa com a primeira observação do médico do balcão ou sequer do neurologista."*

Estas diligências traduzem o reconhecimento dos problemas identificados no relato de auditoria, especialmente quanto aos procedimentos relativos à VIA VERDE AVC. O Tribunal regista positivamente as medidas elencadas, sem prejuízo da sua efetiva implementação e produção de efeitos dever ser ulteriormente verificada no âmbito do seguimento das recomendações formuladas no presente relatório.

Quanto às recomendações, o Presidente do CHA informa que "(...) *acatamos e concordamos com as mesmas, comprometendo-nos proceder às diligências necessárias e adequadas ao seu integral cumprimento.*".

Em anexo à sua pronúncia, o Presidente do CHA anexa informação elaborada pelo instrutor do processo de inquérito.

Nesta informação o instrutor do processo de inquérito afirma ter "(...) *entendido que este processo de inquérito se destinava apenas a avaliar a intervenção dos profissionais dependentes do Centro Hospitalar do Algarve sob o ponto de vista técnico científico* (...)". A afirmação revela que o inquérito desenvolvido teve uma abrangência limitada e desadequada, não compatível com os objetivos finais deste tipo de processos. As averiguações no âmbito da prestação de cuidados de saúde devem assentar numa visão sistémica (e não linear) do hospital enquanto organização, analisando os procedimentos seguidos no funcionamento do hospital.

<sup>10</sup> Cfr. art.º 4º, n.º 3, da Lei-Quadro das Entidades Reguladoras, aprovada pela Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto.



Acrescenta que “(...) aos tempos da realização de exames não foi feita qualquer referência pois os mesmos não apresentavam desconformidades face ao habitual no nosso hospital.”. É de notar que o tempo que mediou entre a solicitação do exame TAC-CE e a disponibilização do exame, no âmbito do episódio de urgência auditado, atingiu as 03h30m, pelo que o Tribunal vê com preocupação a alegação produzida.

### **Instituto Nacional de Emergência Médica, IP**

Em contraditório, o Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, informa que está parcialmente implementado um “(...) sistema de registo clínico eletrónico (iCARE) que faz a articulação entre os meios do terreno, o atendimento efetuado nos CODU e as unidades de saúde (...)”, reunindo a informação clínica no âmbito pré hospitalar e hospitalar, “(...) permitindo a partilha e a integração da informação disponibilizada aos intervenientes no processo.”.

No âmbito da recomendação II, o INEM informa realizar auditorias ao sistema de triagem, acrescentando que “(...) promove a avaliação da relação entre a prioridade atribuída por dois sistemas diferentes: “o Sistema de Triagem Telefónica do INEM e o Sistema de Triagem da Unidade Hospitalar realizada no momento da admissão dos doentes no SU [Serviço de Urgências] (...)”. De igual modo, o INEM afirma avaliar e “(...) monitorizar [periodicamente] o transporte de doentes críticos (...)”.

No respeitante à matéria constante das recomendações III e IV, o INEM informa que já é publicada na página institucional daquela entidade, “(...) informação detalhada relativa à Via Verde AVC”, não sendo disponibilizada informação relativa às restantes Vias Verdes, nem divulgados publicamente os resultados da comparação, da prioridade atribuída “(...) na triagem dos CODU com a realizada pelos Serviços de Urgência Hospitalar.”.

Conforme referido pelo INEM, por condicionantes de investimento, não foi ainda possível a implementação integral dos meios, designadamente aplicativos (o iCARE) conducentes à prossecução do propósito vertido na recomendação IV.

No quadro da recomendação V, e pese embora a existência de normativo de funcionamento que “(...) determina que as equipas médicas devem informar imediatamente o CODU de qualquer situação que comprometa a capacidade operacional do helicóptero (...)”, o INEM informa que estão a ser “reforçadas as indicações aos serviços sobre a necessidade de aumentar o rigor nestes registos (...)”, por forma a “(...) melhorar a informação disponível sobre esta atividade (...)”.



## III. DESENVOLVIMENTO

### 7. A Rede de Urgência Hospitalar

#### 7.1. Caracterização geral

A reforma da rede de urgência hospitalar que resultou de legislação publicada entre 2006 e 2008 escalonou em três níveis de resposta os serviços de urgência do SNS, consoante os recursos e capacidades apresentadas.

A mais recente alteração legislativa da rede de urgência hospitalar, Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde<sup>11</sup>, para além de manter os três níveis de urgência, procedeu à criação do **Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)** cujo objetivo é a integração progressiva dos sistemas pré-hospitalar e hospitalar de urgência; definiu os Centros Trauma responsáveis pelo tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave e preconizou a intensificação dos Sistemas de Resposta Rápida, as chamadas Vias Verdes, que atualmente são 4: as do enfarte agudo do miocárdio, do acidente vascular cerebral, da sépsis e do trauma.

O Serviço de Urgência Polivalente é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência/emergência e dispõe, para além dos recursos do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica<sup>12</sup>, as seguintes valências: gastroenterologia, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e RMN e patologia clínica com toxicologia.

Figura 1 - Níveis do Serviço de Urgência



Fonte: Despacho n.º 18459/2006, de 30 de julho, do Ministro da Saúde

Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e Polivalente deverão ter uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico, e cuja ativação é da exclusiva responsabilidade do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)<sup>13</sup> do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP (INEM).

<sup>11</sup> Nos termos do n.º 4 do art.º 12.º, os serviços de urgência devem informar o INEM da triagem de prioridades dos utentes provenientes do CODU. No entanto, o INEM refere que existem algumas lacunas: nem todas as saídas são registadas no iCARE, nem todas as saídas registadas no iCARE contêm todos os campos de registo preenchidos e apenas as ambulâncias com operacionais do INEM registam o resultado da triagem de manchester da unidade hospitalar.

<sup>12</sup> O SUMC, segundo nível de acolhimento das situações de urgência deverá dispor das seguintes valências e equipamento: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório (24 horas), imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples e TAC), patologia clínica. Apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia e medicina intensiva, ao serviço de urgência consoante o definido nas redes de referênciação.

Nos grandes centros urbanos onde exista mais do que um serviço de urgência com estas especialidades (exceto medicina intensiva) deve ser assegurada a rentabilização e centralização dos recursos humanos num n.º menor de SU.

<sup>13</sup> O CODU é uma estrutura de coordenação operacional centralizada de toda a atividade do SIEM que garante, entre outras, a triagem médica de todas as chamadas de emergência da área da Saúde, a decisão sobre a referênciação primária e secundária de todos os





Cabe ao CODU, integrado na estrutura do INEM, toda a coordenação da atividade relacionada com o transporte de doentes urgentes e emergentes. O transporte destes doentes está reservado ao INEM e às entidades por este reconhecidas, constituindo estas os Postos de Emergência Médica (PEM) ou Postos de Reserva (PR).

Em termos de meios de emergência médica pré-hospitalar do INEM são vários os diplomas que os identifica, sendo de destacar os seguintes meios:

Figura 3 – Principais meios de emergência médica pré-hospitalar



#### Ambulâncias de Emergência Médica (AEM)

- Integram uma equipa de dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) do INEM e têm como missão a deslocação de uma equipa de emergência médica pré-hospitalar ao local da ocorrência, a estabilização clínica das vítimas e o transporte assistido para o serviço de urgência.
- As AEM estão sediadas em bases do próprio INEM e dispõem de equipamento diverso de avaliação, reanimação e estabilização clínica.



#### Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)

- Têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação. A tripulação é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência.
- Destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida.



#### Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

- É um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.
- O seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

Fonte: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27944](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27944)

Para além destes, o INEM dispõe ainda<sup>15</sup> de Motociclos de Emergência Médica, (MEM), Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), do serviço de Transporte regional do Doente Crítico (TrDC) e do serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM). Dispõe também de ambulâncias de socorro (AS) que estão fixadas em Postos de Emergência Médica operados por entidades agentes de proteção civil e/ou por elementos do SIEM, sendo nestes casos tripuladas por elementos pertencentes às respetivas entidades.

Relativamente ao Transporte regional do Doente crítico (TrDC), dada a reconhecida dificuldade de operacionalização no terreno, foi, já em 2016, publicado o Despacho n.º 5058-D/2016, de 13 de abril, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que remeteu para o estabelecimento hospitalar a responsabilidade do transporte do doente crítico com utilização dos meios que possui ou com recurso aos meios de emergência do INEM, sob coordenação do CODU.

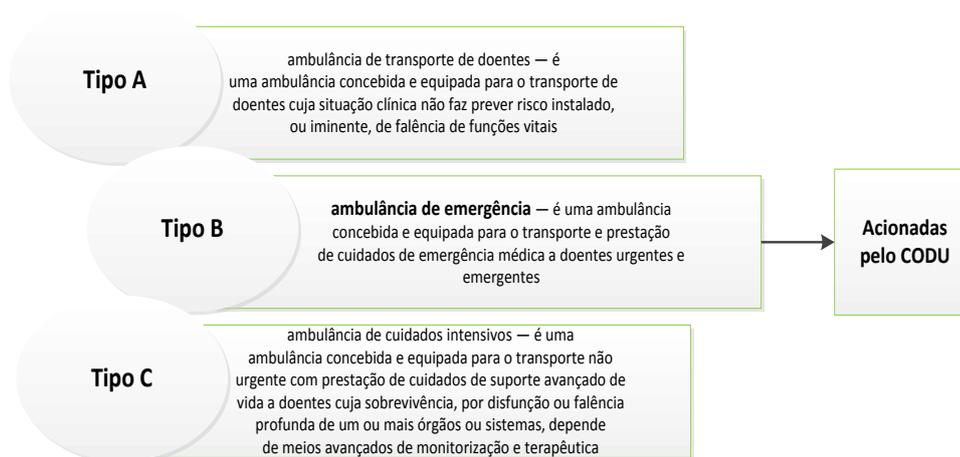
<sup>15</sup> Cfr. Despacho n.º 10109/2014, de 6 de agosto.



No transporte do doente crítico cabe à unidade hospitalar disponibilizar uma equipa clínica (médico e enfermeiro) se for clinicamente necessário, para acompanhar os meios do INEM no transporte do doente.

No diploma que regulamenta o transporte de doentes são identificadas 3 tipos de ambulância:

Figura 4 – Tipos de ambulâncias



As **ambulâncias de emergência médica (AEM) acionadas pelo CODU** são as do **Tipo B** – ambulâncias de emergência, destinadas ao transporte de doentes **urgentes e emergentes** e atuam na dependência direta do INEM. Estas ambulâncias estão preparadas para a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV) e Suporte Avançado de Vida (SAV).

Para além do INEM, também as entidades que tenham celebrado protocolo específico para o efeito e que estejam integradas nos PEM e PR, podem realizar a atividade de transporte de doentes urgentes e emergentes.

As ambulâncias do tipo A e C são utilizadas na atividade de transporte de doentes não urgentes.

As chamadas ambulâncias “medicalizadas” correspondem às do Tipo C – ambulância de cuidados intensivos. Segundo informação obtida junto dos responsáveis pelo INEM, as ambulâncias geridas por este instituto poder-se-ão designar como “medicalizáveis”, uma vez que sendo ambulâncias de emergência “(...) *podem acolher na sua tripulação um médico (e um enfermeiro) e o equipamento necessário para o transporte de doentes críticos.*”.



## 8. O Centro Hospitalar do Algarve, EPE

O Centro Hospitalar do Algarve, EPE, iniciou a sua atividade a 1 de julho de 2013, por fusão e consequente extinção do Hospital de Faro, EPE, e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, (que integrava os hospitais distritais de Lagos e Portimão).

A partir de 1 de agosto de 2014<sup>16</sup>, o CHA passou a integrar os serviços de urgência básica da região do Algarve, nomeadamente de Vila Real de Sto. António, Loulé e Albufeira, até aí da responsabilidade da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.

No entender do anterior presidente do Conselho de Administração do CHA, a integração dos serviços de urgência básica, na esfera do centro hospitalar, trouxe vantagens para os utentes, designadamente: (i) a obrigatoriedade da permanência de 2 clínicos nos serviços de urgência básica, possibilitando a prestação de cuidados de saúde que com a permanência de apenas 1 clínico não é possível realizar (ex. reanimação); (ii) a mobilização de clínicos entre os diversos serviços de urgência; (iii) o facto de estarem sujeitos a uma hierarquia e consequente avaliação por parte do diretor de urgência do CHA.

Figura 5 – Distribuição geográfica das unidades de saúde do CHA



Servindo uma população que, em determinados períodos de sazonalidade, pode crescer em cerca de 1.000.000 de pessoas, o CHA integra idiosincrasias geográficas e heterogeneidades demográficas, que derivam em particularidades contextuais e estruturais.

<sup>16</sup> Relatório & Contas do CHA, de 2014.

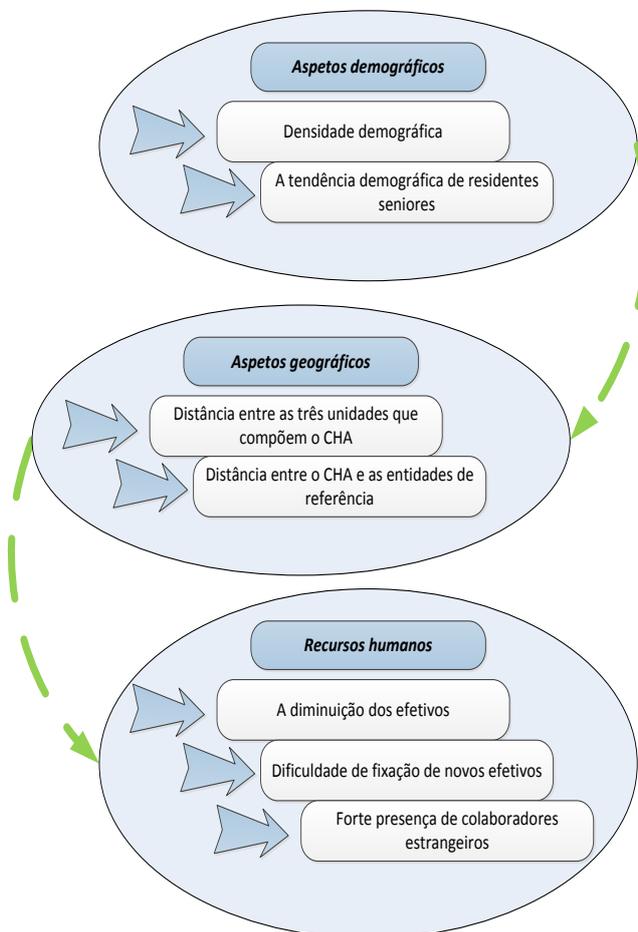


Figura 6 – Caraterização do CHA

Para efeitos estatísticos a região tem 450.000 habitantes, contudo, o CHA serve uma média mensal de 700.000 indivíduos, integrando 450.000 residentes de nacionalidade portuguesa, 130.000 residentes estrangeiros, sobretudo seniores, e um volume de visitantes, que no quadrimestre de Verão, pode ascender a 1.000.000.

Para além disso, a tendência demográfica de residentes seniores, potencia o aumento das necessidades de cuidados médicos específicos associados aos adultos idosos.

A dispersão geográfica das suas estruturas físicas (Faro-Portimão=70 Km, Faro-Lagos=90 Km, Portimão-Lagos=20 Km) e a distância entre o CHA e as entidades de referência mais próximas (Faro-Lisboa=cerca de 300km), têm associados custos específicos, designadamente custos de deslocação de utentes e colaboradores disseminados pela região e dificuldades acrescidas de alocação dos recursos existentes.



## 8.1. Recursos Humanos do CHA

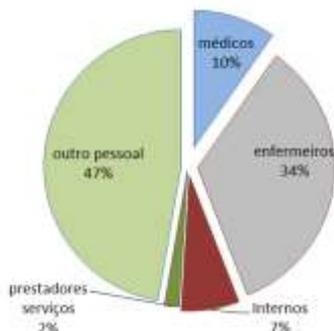
De um total de 4.229 profissionais (dados de fevereiro de 2016) a trabalharem no Centro Hospitalar do Algarve, EPE, cerca de 10% é pessoal médico (410 médicos) e 34% pessoal de enfermagem (1.454 enfermeiros).

A parcela [da figura seguinte] que agrupa o “outro pessoal” (2000 profissionais), 47%, engloba:

- ✓ o pessoal dirigente e membros do Conselho de Administração (22; correspondente a 1% do total de recursos humanos do CHA);
- ✓ assistentes técnicos (494; correspondente a 12%);
- ✓ assistentes operacionais (1018; correspondente a 24%);
- ✓ técnicos de diagnóstico e terapêutica (271; correspondente a 6%);
- ✓ pessoal de informática (23; correspondente a 1% do total);
- ✓ técnicos superiores, técnicos superiores de saúde, pessoal religioso e docente (172; correspondente a 4%).



Figura 7 - Recursos Humanos do CHA



Considerando o número de prestadores de serviços médicos, o peso deste grupo profissional ascende a cerca de 12%.

Na relação enfermeiro-médico (não considerando os internos nem as horas equivalentes a tempo completo) o CHA apresenta um rácio relativamente elevado, 3 enfermeiros por clínico. Se considerarmos os internos este rácio desce para 1,8 enfermeiros por clínico.

A constituição do CHA visava alcançar economias de escala, com ganhos na gestão integrada dos recursos humanos das entidades agregadas. Não obstante este facto, a emigração de profissionais médicos e a sua captação pela iniciativa privada<sup>17</sup>, mais competitiva a nível remuneratório, são fatores determinantes na diminuição de efetivos que o CHA tem vindo a registar, sobretudo em determinadas especialidades, designadamente, cirurgia vascular, anestesia, obstetrícia, ortopedia e pediatria. Por exemplo, na área geográfica delimitada a sul do Tejo, apenas o Hospital Garcia de Orta, EPE, presta cuidados na especialidade de neurorradiologia de intervenção.

Por outro lado, a coexistência de procedimentos concursais para colocação de médicos de âmbito não só nacional mas também regional e local, determina a alocação dos recursos principalmente aos grandes centros, onde a casuística é superior, em detrimento das outras regiões, facto que, associado à ausência de incentivos à deslocalização, configuram determinantes essenciais na dificuldade de fixação de novos efetivos e no conseqüente fenómeno de carência de recursos humanos médicos do CHA.

É de notar que, apesar da existência de formação superior em ciências médicas na universidade do Algarve, 62% da população formada opta por desenvolver a sua formação específica médica noutras regiões do país, ou no estrangeiro. A figura seguinte ilustra a distribuição geográfica dos alunos de Medicina formados na Universidade do Algarve.

<sup>17</sup> Entidades privadas na região do Algarve: Hospital Particular do Algarve – Alvor, Hospital Particular do Algarve – Gambelas, Hospital de S. Camilo – Portimão, Hospital de Loulé, Hospital Lusíadas Albufeira, Hospital Lusíadas Lagos, Hospital Lusíadas Faro.



Figura 8 - Distribuição geográfica dos alunos de Medicina formados na UA



Dos 29 médicos formados na Universidade do Algarve, em 2014, no internato das várias especialidades, 11 (38%) fixaram-se no Algarve, sobretudo na zona de Faro e Portimão, 11 (38%) exercem atividades noutras regiões do país, designadamente na região centro, especialmente na zona de Lisboa e Vale do Tejo. Os restantes 7 (24%) emigraram.

Fonte: <https://dcbm.ualg.pt/pt/content/alumni-0>

A esta conjuntura acresce que a forte densidade de profissionais estrangeiros, sobretudo em regime de prestação de serviços, no serviço de urgência, deriva na elevada exposição do CHA ao risco de descontinuidade na prestação do serviço médico e de elevada rotatividade dos médicos.

Segundo o atual Presidente do Conselho de Administração<sup>18</sup> “(...) para resolver a manifesta carência de médicos (...) no CHA, para além dos Procedimentos concursais lançados, (...) os quais têm ficado desertos, recorreu-se à contratação direta através da celebração de CIT, contratamos prestação de serviços, quer por avença, quer por empresa, sendo de referir que em nenhuma das situações esta Instituição tem competência para a necessária autorização, tratando-se de um processo moroso.”.

Informou também que ao nível da tutela foram publicados vários diplomas<sup>19</sup> que de certa forma serviriam para fixar os trabalhadores médicos em zonas geográficas mais carenciadas mas que no caso concreto do CHA se mostraram claramente insuficientes, uma vez que apenas dois profissionais médicos aderiram aos incentivos previstos no Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho.

Das medidas implementadas com o objetivo de mitigar os impactos negativos, do atual *déficit* da estrutura de recursos humanos, destacam-se o recurso à contratação através de contratos de trabalho individuais sem termo, o recurso à prestação de serviços, em regime de avenças ou prestadores com natureza empresarial, e o recurso a trabalho extraordinário, sendo que a onerosidade destas medidas sobredimensiona os gastos com pessoal do CHA.

<sup>18</sup> Cfr. mensagem de correio eletrónico do CHA de 21 de abril de 2016.

<sup>19</sup> Portaria n.º 70/2015, de 10 de março, que “(...) fixa o valor de ajudas de custo e de transporte a atribuir ao pessoal médico nas situações de mobilidade a tempo parcial, nos casos que impliquem a realização do período normal de trabalho em dois ou mais serviços ou estabelecimentos de saúde, que distem, entre si, mais de 60 km.”. Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, que “(...) estabelece os termos e as condições de atribuição de incentivos aos trabalhadores médicos com contrato de trabalho por tempo indeterminado, ou a contratar, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço ou estabelecimento integrado no SNS.”.



Em sede de contraditório, o **Ministro da Saúde**, pela Chefe de Gabinete, em resposta à recomendação X<sup>20</sup>, informou que *“(...) embora os procedimentos concursais sejam realizados pelas Administrações Regionais de Saúde, o mapa de vagas que os baseia tem em conta as necessidades de médicos a nível nacional. No entanto (...) muitos médicos optam pela saída do SNS em alternativa à colocação em áreas mais periféricas”*.

Acrescentou ainda, que *“(...) têm sido procuradas formas alternativas de colocação de médicos, salientando-se os incentivos criados através do Decreto-lei n.º 101/2015, de 15 de junho e o Despacho 72222-A/2016, (...) de 1 de junho.”*

Constata-se que até ao momento os incentivos criados pela tutela não foram suficientemente apelativos para fixar recursos humanos médicos no CHA, como provou o facto de apenas dois profissionais médicos terem aderido aos incentivos previstos no Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, conforme informação do atual Presidente do Conselho de Administração do CHA.

Por fim, é de salientar que a ação cautelar intentada, em 2013, pelo Município de Portimão e Outros, contra o Centro Hospitalar do Algarve, EPE, a Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, e o Ministério da Saúde, que visou impedir a prática de quaisquer atos que consubstanciassem:

- A extinção das urgências cirúrgicas de especialidade no Hospital de Portimão, nomeadamente ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia;
- A *“(...) obrigatoriedade dos médicos e enfermeiros das urgências cirúrgicas das mesmas especialidades que prestam serviço no Hospital de Portimão de se deslocarem, de forma habitual e/ou permanente, ao Hospital de Faro para realizarem tais serviços de urgências médico-cirúrgicas das ditas especialidades”*;

limitou a capacidade da gestão do CHA em atingir os objetivos de racionalização de meios e as economias de escala que poderia advir da constituição do centro hospitalar.

## 8.2. Situação económico-financeira

A maioria dos proveitos do centro hospitalar resulta dos contratos programa assinados com a ARS Algarve, IP, que valorizaram a sua produção no âmbito do SNS em €179,7 milhões, em 2014, e em €184,8 milhões, em 2015. O montante de financiamento previsto no contrato programa de 2014 inclui um reforço de € 12 milhões, por forma a remunerar a prestação de cuidados dos Serviços de Urgência Básica de Vila Real de Santo António, Loulé e Albufeira, integrados, desde 1 de agosto de 2014, no CHA.

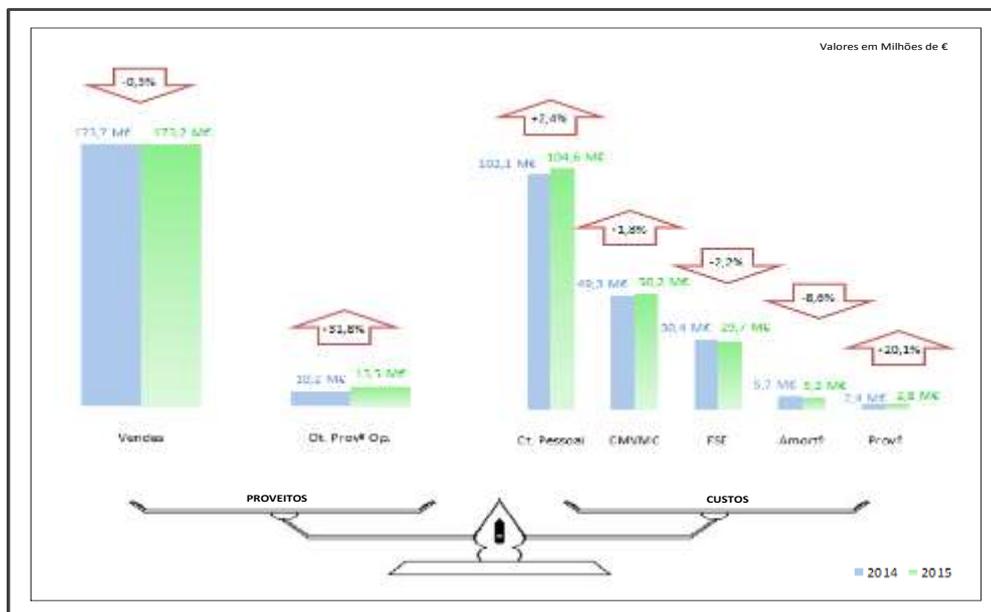
A ilustração seguinte apresenta os montantes registados nas principais rúbricas de proveitos e custos no biénio 2014-2015<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> “Centralizar a abertura dos procedimentos concursais para recrutamento e colocação de médicos nos quadros das unidades de saúde, determinando as vagas a preencher por especialidade e por unidades de saúde, por forma a evitar que os concursos promovidos pelas unidades de saúde mais periféricas fiquem sistematicamente desertos e a permitir uma redistribuição de profissionais médicos entre as zonas com excesso e as com carência de profissionais em determinadas especialidades”.

<sup>21</sup> Fonte: Relatórios e Contas do CHA de 2014 e de 2015.



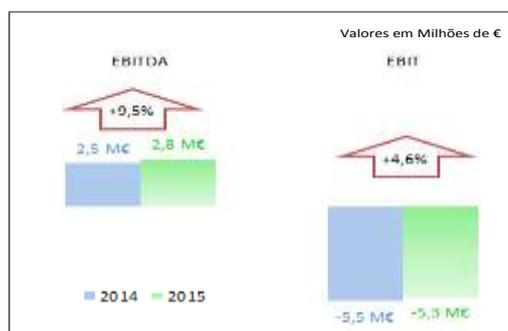
Figura 9 – Proveitos e Custos, 2014-2015



Destaca-se o aumento, ainda que pouco expressivo, das rúbricas de Custos com Pessoal e Custos das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas. Bem assim, as Provisões sofreram um aumento de cerca de 20%, passando de € 2,4 milhões em 2014 para € 2,8 milhões, em 2015.

Em 2015, os gastos com Fornecimentos e Serviços Externos decresceram aproximadamente 2%, e as Amortizações diminuíram 8,6%, face a 2014. Simultaneamente, em 2015 os Outros Proveitos e Ganhos Operacionais (€ 13,5 milhões) registaram um aumento de 31,8% (3,2 milhões) face aos valores apurados em 2014, € 10,2 milhões.

Figura 10 – Indicadores operacionais



A concomitância destas variações teve reflexos favoráveis, derivando na valorização dos indicadores EBITDA e EBIT. Não obstante a variação positiva de 9,5% no EBITDA e de 4,6% no EBIT<sup>22</sup>, o resultado gerado pelo CHA no desenvolvimento da sua atividade operacional, em 2015, permanece negativo em € 5,3 milhões.

No que à situação patrimonial concerne, e conforme vertido no preceituado legal do Despacho n.º 14181-A/2013, 4 de novembro, e no Despacho n.º 15476-B/2014, 19 de dezembro, o CHA foi objeto de duas recapitalizações, no passado biénio.

O Despacho n.º 14181-A/2013, 4 de novembro, da Secretária de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, que produziu efeitos materiais somente em 2014, determinou o aumento de

<sup>22</sup> Em 2014 -€ 5.542.765,78 e em 2015 -€ 5.289.456,68.



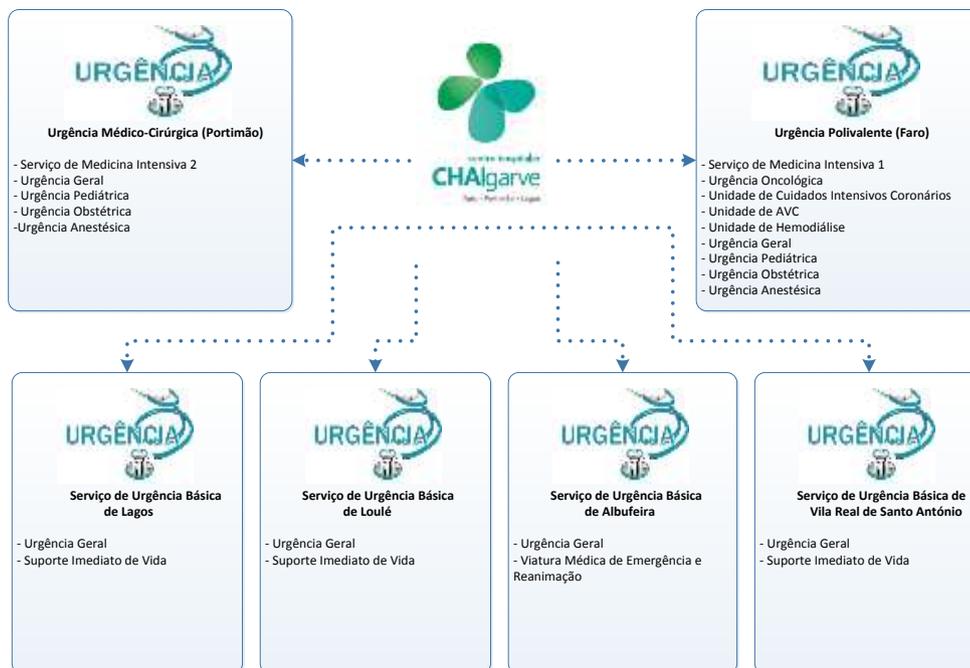
capital estatutário do CHA em € 69,4 milhões, por forma a que este regularizasse os seus passivos para com o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde<sup>23</sup>, mais consagrou que fossem perdoados os juros vencidos e não pagos, no montante de € 5,4 milhões. O Despacho n.º 15476-B/2014, de 19 de dezembro, da Secretária de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, estipulou o aumento de capital do CHA em € 24,6 milhões, montante destinado ao pagamento de dívida vencida.

Sublinhe-se que, não obstante as recapitalizações concretizadas, o CHA apresenta desequilíbrios na estrutura de capitais próprios. A sobredimensão do *stock* das dívidas face aos proveitos, deriva no agravamento da negatividade dos resultados líquidos, que ascendem a € 3,5 milhões negativos em 2015, e € 3,4 milhões negativos em 2014. Por outro lado, a rubrica de Resultados Transitados registou um agravamento de cerca de 136,52%, passando de € 3,2 milhões negativos em 2014, para € 7,5 milhões negativos em 2015, resultante, sobretudo, da incorporação em Resultados Transitados do Resultado Líquido do Exercício de 2014, no valor de € 3,4 milhões negativos.

## 9. O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE

O Serviço de Urgência do CHA é constituído pelas seguintes unidades:

Figura 11 – Unidades do SU do CHA



Fonte: Regulamento do Serviço de Urgência do CHA

O Hospital de Faro detém um serviço de urgência polivalente, tendo avançado para a criação de 8 equipas fixas rotativas com cobertura total dos dias do ano ao serviço de urgência, enquanto o

<sup>23</sup> O Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde foi criado com a finalidade de apoiar o sistema de pagamentos aos fornecedores das instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde, concedendo empréstimos aos hospitais EPE, para que estes pudessem sanar aos seus compromissos com os fornecedores. Considerando a débil situação financeira das entidades devedoras do Fundo, foram determinados, por Despacho Conjunto, reforços de capital de diversas entidades públicas empresariais prestadoras de cuidados de saúde.



serviço de urgência do Hospital de Portimão é médico-cirúrgico. Albufeira, Lagos, Loulé e Vila Real de Santo António, disponibilizam serviços de urgência básica.

O SUP do Hospital de Faro não assegura todas as valências que devem ser asseguradas por um serviço de urgência classificado como polivalente, nomeadamente cirurgia vascular, cirurgia cardiotorácica e cirurgia maxilo-facial. Também não dispõe de neurorradiologia de intervenção.

Acresce que, em 2015, por falta de médicos, o SUP do Hospital de Faro também não assegurou, pontualmente, as valências de ortopedia, pediatria e cirurgia plástica e reconstrutiva.

Os especialistas de medicina interna são os responsáveis por toda a atividade de área médica do serviço de urgência, exercendo a orientação e tutela de todos os profissionais médicos (internos, especialistas e prestadores de serviço), enquanto os especialistas de cirurgia geral são os responsáveis pela atividade da área cirúrgica.

Com a integração das unidades hospitalares do Algarve num único centro hospitalar, verificou-se também a unificação das unidades que prestam cuidados ao doente crítico, emergente e urgente, tendo sido criada para o efeito o **Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (DEUCI)**.

Este departamento incorpora e coordena 2 unidades – Faro e Portimão.

Figura 12 – DEUCI – Unidade de Faro

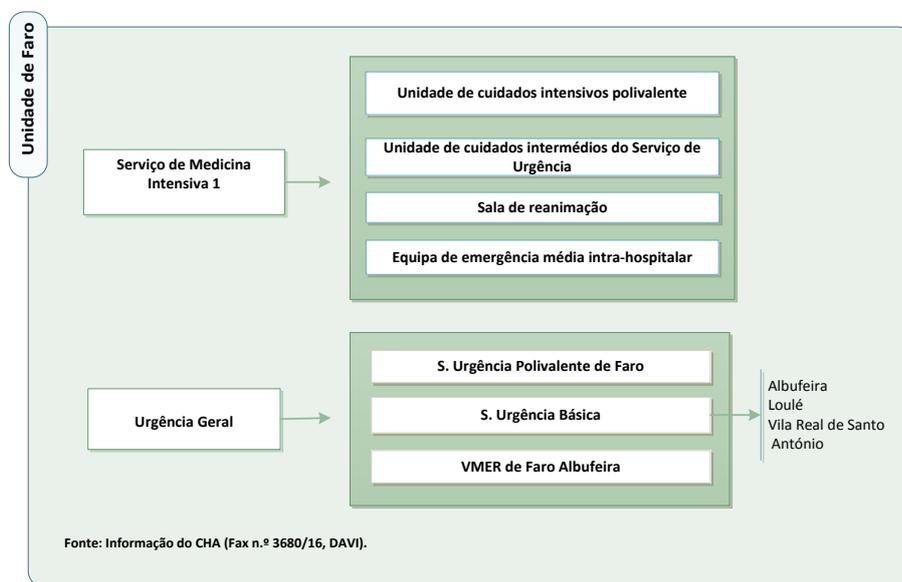
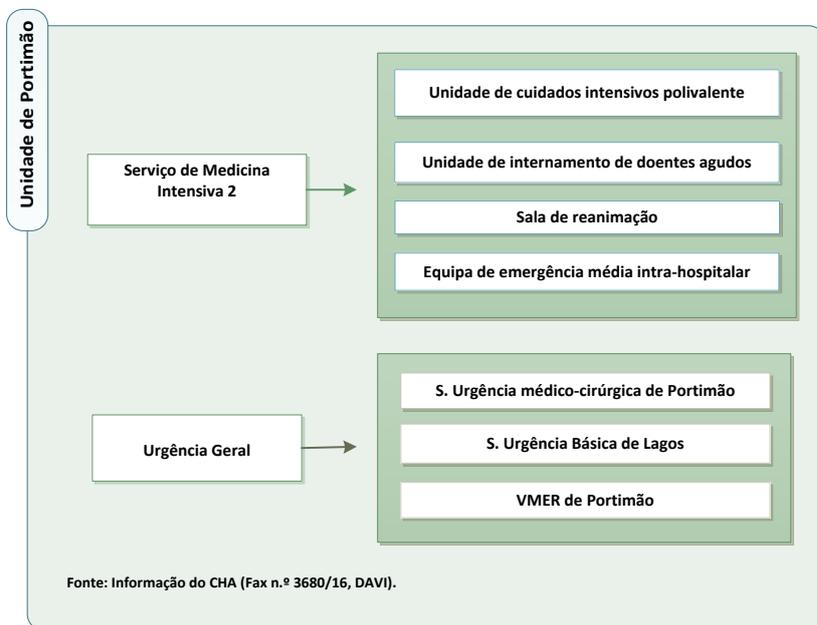




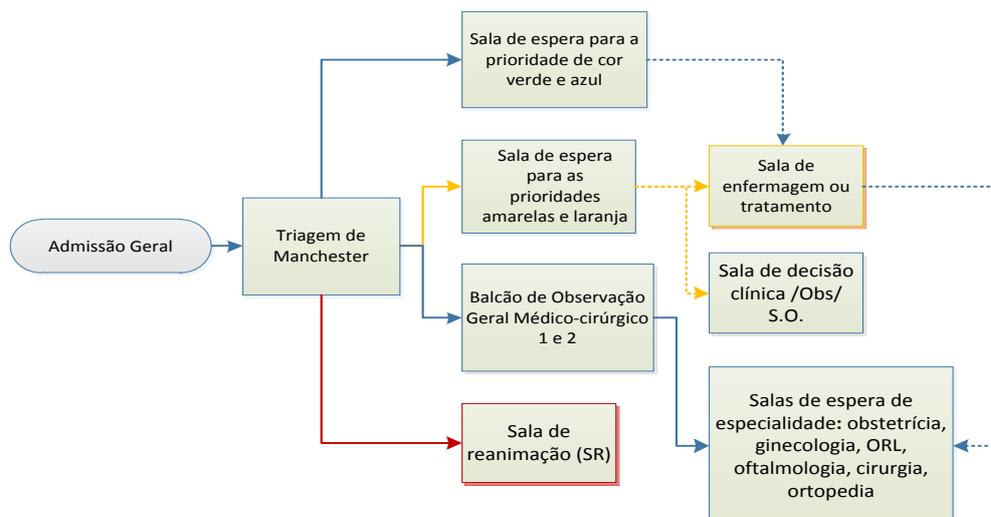
Figura 13 – DEUCI – Unidade de Portimão



O circuito de gestão de doente no serviço de urgência polivalente – Unidade de Faro- consta do Protocolo de Atuação aprovado pelo Conselho de Administração em novembro de 2015.

No serviço de urgência geral<sup>24</sup> após o procedimento administrativo de admissão e através do sistema de **Triagem de Manchester**, o enfermeiro triador prioriza o utente consoante a gravidade clínica com que se apresenta na urgência. Esta triagem está assente num questionário estruturado com perguntas rápidas que determina a escolha de um dos 52 fluxogramas disponíveis, que dependendo dos sinais e sintomas (discriminadores) apresentados orientam para prioridade a atribuir.

Figura 14 – Circuito do utente no SUP de Faro

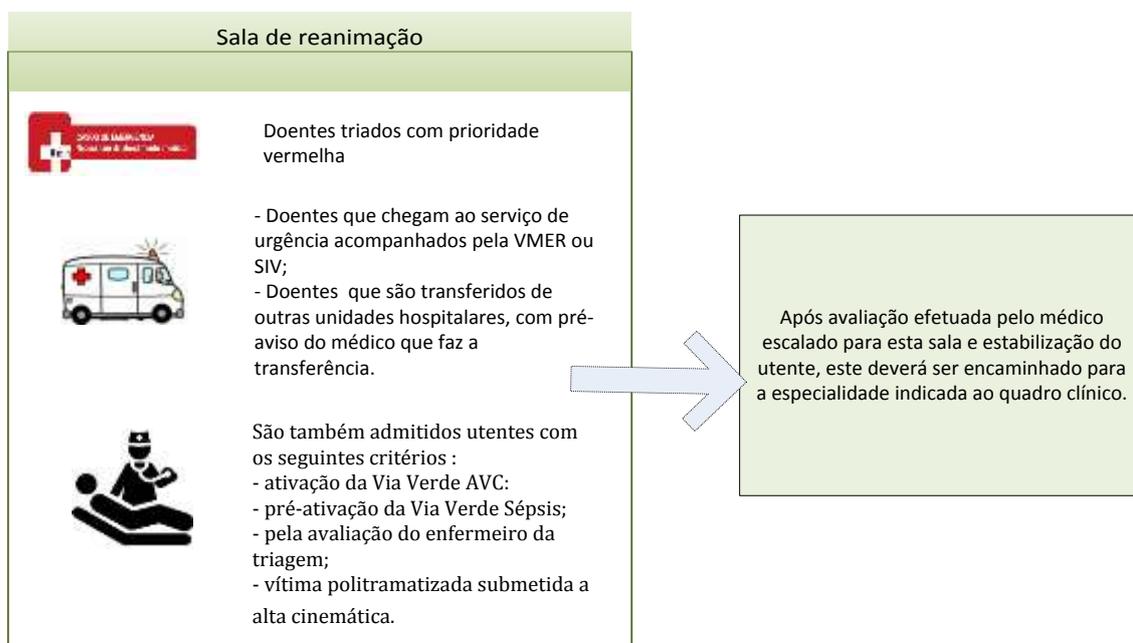


<sup>24</sup> Não inclui a urgência psiquiátrica, pediátrica e obstétrica.



No SUP de Faro, os **casos emergentes (triados com cor vermelha)** são encaminhados diretamente para a **sala de reanimação**.

Figura 15 – SUP de Faro – Circuito do doente na sala de reanimação (“Diretos”)



Na sala de reanimação consta uma equipa de médicos com especialidade de medicina interna.

Os utentes em maca são encaminhados para a **sala de decisão clínica**, independentemente da cor de prioridade que obtenham. Nesta sala existe ainda uma área de maior diferenciação clínica destinada aos utentes com algum grau de instabilidade.

Os utentes triados como pouco urgentes ou não urgentes aguardam na sala de espera respetiva fora do serviço de urgência.

A especialidade central do serviço de urgência é a Medicina Interna que funciona como especialidade charneira na orientação dos doentes mais graves (com exceção dos doentes críticos).

## 9.1. Recursos Humanos no Serviço de Urgência

A gestão do **Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (DEUCI)**, responsável pela coordenação da atividade urgente, emergente e ao doente crítico, de todo o centro hospitalar, é assegurada por um Diretor, 2 Enfermeiros-Chefes e um Administrador Hospitalar, que coordena os dois serviços de medicina intensiva (Faro e Portimão).

Desde 2013 que o Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de Faro é assegurado por 8 equipas fixas rotativas com cobertura total dos dias do ano, em turnos de 12h.

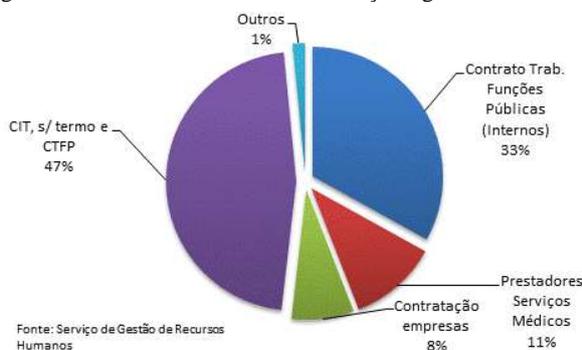


Em dezembro de 2015<sup>25</sup> encontravam-se afetos ao **Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar do Algarve** cerca de 517 profissionais<sup>26</sup> com a seguinte distribuição por tipo de vínculo profissional.

Como se pode verificar os profissionais com contrato individual de trabalho, sem termo e contrato de trabalho em funções públicas representam quase 50% dos recursos afetos à urgência geral do centro hospitalar.

Em segundo lugar encontram-se os internos, com contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo, quer do ano comum quer da especialidade, que representam cerca de 33%.

Figura 16 - Recursos Humanos no Serviço Urgência Geral do CHA



Fonte: Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Em termos de **especialidades** constatou-se existir<sup>27</sup> um número significativo de profissionais médicos com indicação de “sem especialidade”, cerca de 22% do total dos 517, que inclui os internos do ano comum do internato médico, vários prestadores de serviços e os clínicos gerais.

A **medicina interna** constitui assim a **especialidade** com maior peso no serviço de urgência, cerca de 20%, onde também estão integrados os internos do internato médico em especialização.

No **Serviço de Medicina Intensiva 1 (Faro)** [onde se inclui a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, a Unidade de Cuidados Intermédios, a Sala de Reanimação (“Diretos”) e a Equipa de Emergência Médica intra-hospitalar] estão afetos cerca de 18 profissionais médicos, maioritariamente com a categoria profissional de Assistentes de Medicina Interna. Para o preenchimento das escalas de urgência neste serviço colaboram ainda cerca de 8 médicos.

No **Balcão de Observação Geral de Faro**, estão afetos habitualmente cerca de 21 médicos, 4 dos quais clínicos gerais com vínculo ao Centro Hospitalar do Algarve (Contrato Individual de Trabalho). Os restantes repartem-se por médicos com contrato de prestação de serviços, contratados através de empresas e internos do Internato Médico, do ano comum e especialização<sup>28</sup>.

Analisada a **escala médica de fevereiro de 2016** quer dos SUBs quer do Balcão Médico-Cirúrgico de Faro, constata-se o predomínio de profissionais médicos sem indicação de especialidade (nomeadamente os prestadores de serviço contratados individualmente e através de empresas) e de internos do internato médico do ano comum.

O **Serviço de Medicina Intensiva 2 (Portimão)** é composto por 10 médicos, desde assistentes graduados de medicina interna, de anestesiologia, a assistente hospitalar de nefrologia, até a equiparado a assistente hospitalar. Para o preenchimento da escala de urgência são chamados a colaborar mais dois médicos: um assistente graduado sénior de medicina interna e outro de pneumologia.

<sup>25</sup> Informação reportada pelo CHA em 16.02.16, em resposta ao solicitado no fax da DGTC n.º3680/2016, de 8.02.16.

<sup>26</sup> Inclui médicos assistentes hospitalares, contratados por empresas, prestadores de serviço e internos.

<sup>27</sup> Ficheiro disponibilizado pelo CHA com listagem de profissionais médicos.

<sup>28</sup> Cfr.: Resposta ao ponto B7 do Fax n.º 3680/2016, de 8.2.2016.



Por sua vez, no **Balcão de Observação Geral de Portimão**, estão afetos cerca de 23 médicos, e também aqui apenas 4 detêm vínculo à instituição através de Contrato Individual de Trabalho, constituindo o corpo habitual de atendimento, incluindo os internos quer do ano comum quer da formação específico em turnos de 12 horas por semana. Da totalidade de médicos neste balcão 4 têm contrato individual de trabalho com o CHA.

A **Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar**, constituída por um médico e um enfermeiro, tem como objetivo o reconhecimento precoce de sinais de alarme para agravamento clínico/paragem cardiorrespiratória, contribuindo para a diminuição da mortalidade dos doentes admitidos na Unidade de Faro, do n.º de admissões em cuidados intensivos ou intermédios e dos tempos de internamento.

Este sistema de emergência intra-hospitalar é ativado por um número interno, ligado à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, para a prestação de cuidados ao doente crítico, não só dos que estão internados na Unidade Hospitalar de Faro mas para todos os utentes que se encontram no espaço físico desta unidade.

## 9.2. Atividade assistencial

No biénio 2014-2015, houve uma diminuição de 3% da atividade global<sup>29</sup>, resultando do efeito combinado do aumento das admissões nos serviços mais diferenciados, de 4%, e da diminuição das admissões nos serviços de urgência básica, de -10%. A principal redução verificou-se no SUB de Lagos, -25%.

Figura 17 – Variação da produção – 2014-2015

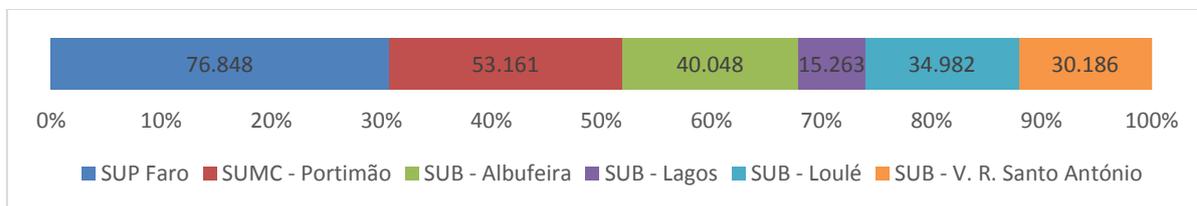
Serviço de Urgência	2014	2015	var %	
SUP Faro	74 803	76 848	3%	4%
SUMC - Portimão	50 769	53 161	5%	
SUB - Albufeira	41 729	40 048	-4%	-10%
SUB - Lagos	20 414	15 263	-25%	
SUB - Loulé	36 791	34 982	-5%	
SUB - V. R. Santo António	34 760	30 186	-13%	
<b>Total</b>	<b>259 266</b>	<b>250 488</b>	<b>-3%</b>	

Analisando a atividade de 2015, verifica-se que cerca de 52% das admissões ocorrem nos serviços de urgência mais diferenciados (cerca de 31% no Hospital de Faro e de 21% no Hospital de Portimão). Os serviços de urgência básica realizam 48% das admissões, sendo o SUB de Lagos o que apresenta uma atividade mais reduzida.

<sup>29</sup> Análise efetuada com base nos registos constantes das bases de dados disponibilizadas pelo CHA. Na presente análise não foram consideradas as Urgências Obstétrica/Ginecológica e Pediátrica, em funcionamento no SUP do Hospital de Faro e no SUMC do Hospital de Portimão, dada a sua especificidade.

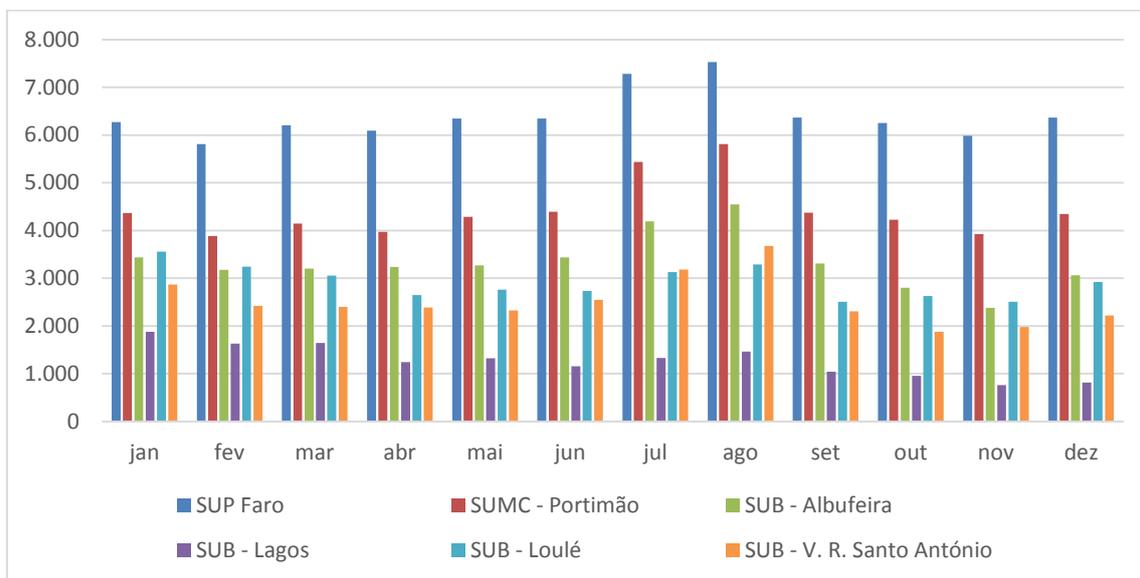


Figura 18 – Número de atendimentos por local – 2015



A atividade apresenta variações sazonais, com picos nos meses de julho e agosto, associados à maior densidade populacional da região nestes períodos, que contribuem para que a procura apresente grande variabilidade ao longo do ano (o coeficiente de variação global é de 11%, o máximo é de 26%, no SUB de Lagos e o mínimo de 7%, no SUP do Hospital de Faro).

Figura 19 – Número de atendimentos por local e mês – 2015



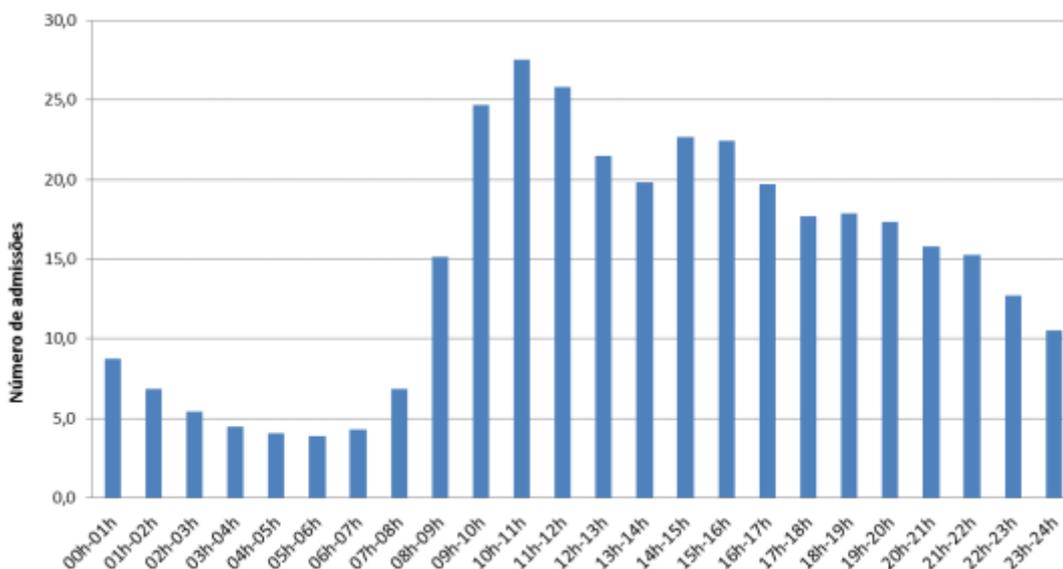
A média de admissões diárias, por mês, nos SUB, varia ao longo do ano entre 25 (SUB de Lagos, em novembro) e 147 (SUB de Albufeira, em agosto). O SUP do Hospital de Faro, o serviço com maior afluência, tem admissões diárias médias que variam, em termos mensais, ao longo do ano, entre 199 e 243 admissões (novembro e agosto, respetivamente).

Relativamente à distribuição dos atendimentos por período horário, verifica-se um padrão uniforme nos vários serviços<sup>30</sup>, com picos de admissões entre as 09:00 e as 12:00.

<sup>30</sup> O gráfico agrega os atendimentos nos SUG do SUP de Faro e do SUMC de Portimão. Mas os resultados são semelhantes para os SUB. Não foram agregados aos primeiros por serem menos precisos sobre o momento da admissão do utente (com exceção do SUB de Lagos, existe registo apenas das horas, e não dos minutos em que ocorre a admissão).



Figura 20 – Número de admissões por período, Faro e Portimão, 2014 e 2015



### 9.3. Tempos de espera

Os tempos de espera normalmente aferidos para avaliação do desempenho de um serviço de urgência são os seguintes:

Figura 21 – Tempos de espera num serviço de urgência



Os doentes admitidos nos serviços de urgência do CHA são triados pela aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester, que prevê tempos alvo entre a triagem e a primeira observação médica que variam entre o atendimento imediato (prioridade vermelha, emergente) e o atendimento num período máximo de 4 horas (prioridade azul, não urgente).

Figura 22 – Tempos do protocolo de triagem de Manchester

Prioridades	Tempos alvo para o atendimento
Emergente	Imediato
Muito Urgente	10 minutos
Urgente	60 minutos
Pouco Urgente	120 minutos (2 horas)
Não Urgente	240 minutos (4 horas)

Existe uma diferenciação clara entre a gravidade da situação clínica dos utentes admitidos nos serviços de urgência mais diferenciados do centro hospitalar (SUG de Faro e Portimão) e os serviços



menos diferenciados (SUB de Albufeira, Lagos, Loulé e Vila Real de Santo António), conforme se pode observar na figura seguinte.

Figura 23 – Distribuição dos episódios de urgência por prioridade atribuída e por local de admissão, 2014 e 2015

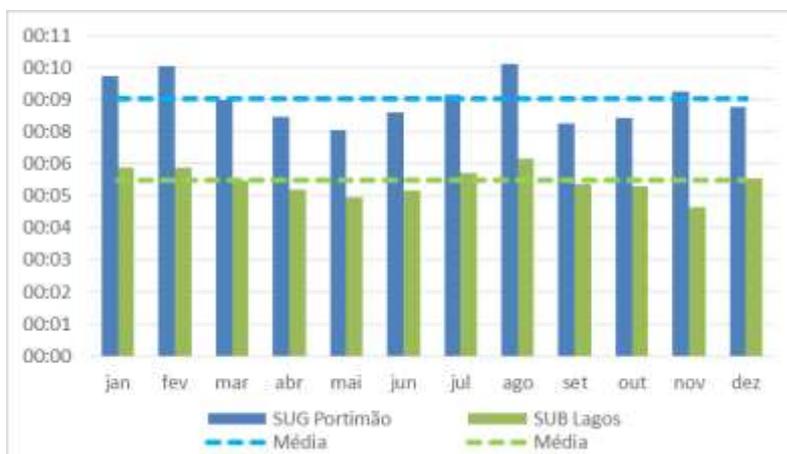


É de salientar o nível relativamente reduzido de situações pouco urgentes/não urgentes no SUG do SUP de Faro e no SUG do SUMC de Portimão, que poderá ser reflexo da existência dos quatro SUB do centro hospitalar ou de uma resposta adequada dos cuidados de saúde primários.

Os dados disponibilizados pelo CHA para avaliação dos tempos de espera apenas permite concluir sobre o desempenho de alguns dos serviços do Centro Hospitalar, uma vez que as bases de dados com os registos das admissões e do percurso dos doentes nos vários serviços de urgência do CHA não são completas, nem totalmente fiáveis e auditáveis (cf. ponto 5).

Figura 24 – Tempo médio entre admissão e triagem, Portimão e Lagos, 2015

Relativamente ao tempo de espera entre a admissão e a triagem, apenas existem dados sobre a atividade do SUMC de Portimão e do SUB de Lagos em 2015, verificando-se desempenhos adequados nos dois serviços. Existe pouca variação ao longo do ano, com tempos médios de espera de 9 minutos no SUMC de Portimão e de menos de 6 minutos no SUB de Lagos.



Depois de triados os utentes devem ser observados por um profissional médico dentro dos tempos máximos estabelecidos no Protocolo de Triagem de Manchester.

Dado não se dispor de informação completa (quanto à abrangência temporal e aos serviços abrangidos) sobre a sequência admissão-triagem-observação, e no sentido de se efetuar uma avaliação global da atividade dos serviços de urgência do centro hospitalar, foram analisados os tempos entre a admissão e o primeiro atendimento médico<sup>31</sup>, por prioridade atribuída na triagem.

<sup>31</sup> Considerando, para efeitos da análise do cumprimento dos tempos associados às prioridades do Protocolo de Triagem de Manchester, um tempo médio entre a admissão e a triagem de 10 minutos. É de salientar que, ainda assim, dada a inconsistência de parte da informação e a sua incompletude, apenas foi possível analisar o desempenho dos seguintes serviços e períodos: SUG Faro (2014 e jan-mai 2015), SUG Portimão (2014 e 2015), SUB Lagos (2014 e 2015).



A figura seguinte apresenta os tempos médios entre a admissão e a primeira observação médica, por prioridade<sup>32</sup>, nos dois serviços de urgência geral (SUG) diferenciados, de Faro (SUP) e Portimão (SUMC), em 2014 e 2015. Inclui também a percentagem de episódios cujo tempo de resposta ultrapassou os alvos definidos no Protocolo de Triagem de Manchester.

Figura 25 - Tempo médio entre admissão e 1ª observação médica e cumprimento do PTM - SUG

FARO	2014		2015	
	Tempo médio	% episódios c/tempo > PTM	Tempo médio	% episódios c/ tempo > PTM
Laranja	01:54	67%	02:05	69%
Amarelo	02:08	49%	02:10	49%
Verde	02:33	41%	02:22	38%
Azul	03:51	31%	02:58	22%
<b>Total</b>	<b>02:12</b>	<b>50%</b>	<b>02:12</b>	<b>50%</b>

Fonte:Elaboração própria, com base nos dados de atendimentos na urgência, disponibilizados pelo CHA.

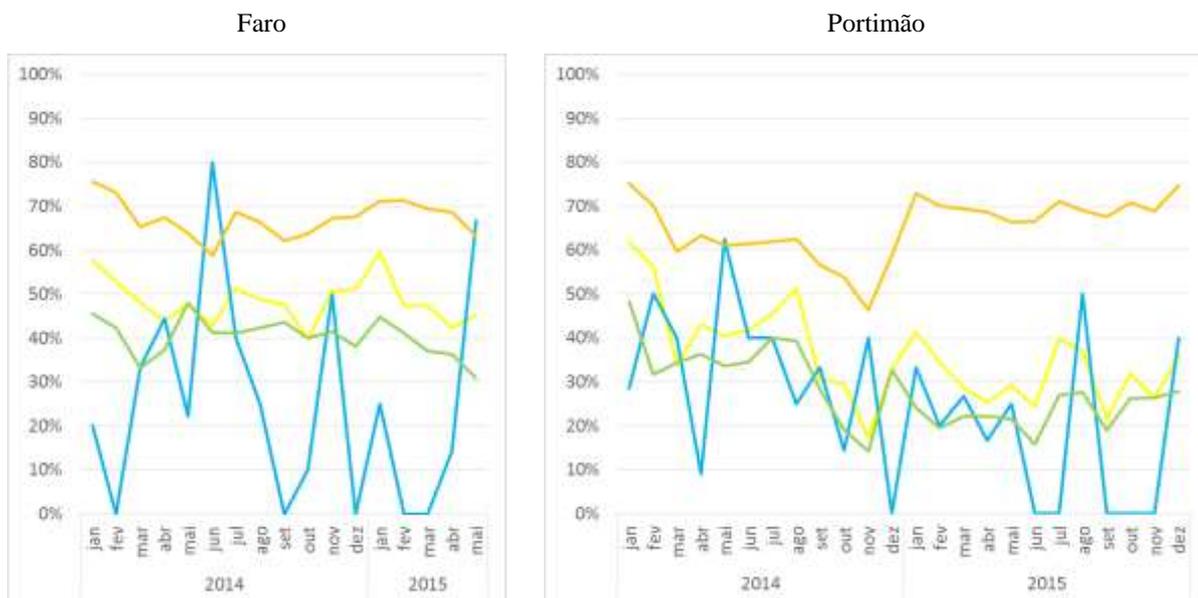
Portimão	2014		2015	
	Tempo médio	% episódios c/tempo > PTM	Tempo médio	% episódios c/ tempo > PTM
Laranja	00:35	61%	00:30	70%
Amarelo	01:28	41%	01:03	32%
Verde	02:14	33%	01:42	23%
Azul	03:24	32%	02:26	16%
<b>Total</b>	<b>01:22</b>	<b>45%</b>	<b>01:01</b>	<b>40%</b>

Fonte:Elaboração própria, com base nos dados de atendimentos na urgência, disponibilizados pelo CHA.

Verifica-se que existem desempenhos distintos entre as duas unidades, com o SUG do Hospital de Faro a apresentar tempos médios superiores aos de Portimão, bem como taxas de incumprimento dos tempos máximos do PTM mais elevadas.

As taxas de incumprimento são particularmente elevadas nas situações mais urgentes e com especial relevância nos meses associados à maior densidade populacional da região – julho e agosto –, e às doenças sazonais do inverno – dezembro e janeiro.

Figura 26 - Cumprimento do PTM - SUG



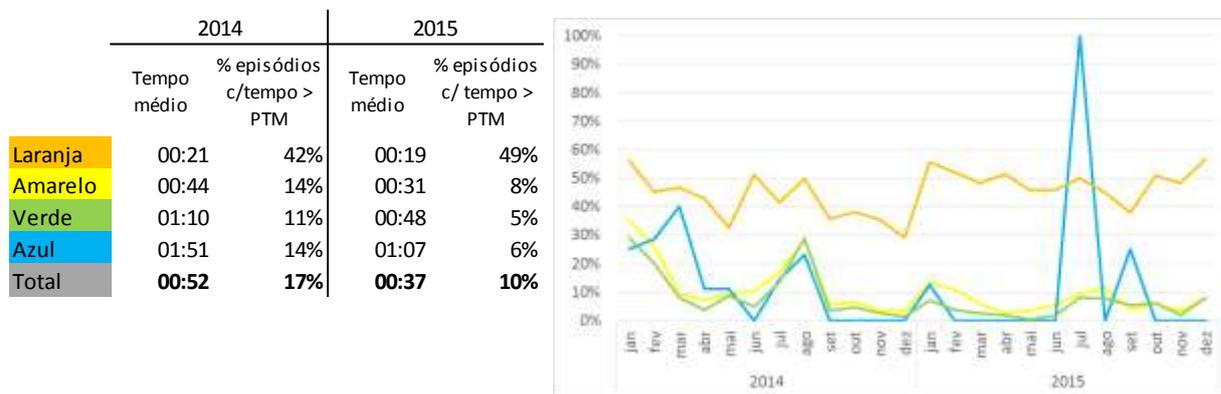
Pelo contrário, o desempenho no SUB de Lagos (único SUB para o qual existem dados sobre o desempenho em termos de tempo de resposta) é adequado, com tempos médios baixos entre a

<sup>32</sup> Não foram considerados os atendimentos com triagem de cor vermelha, dado o atendimento dever ser, por norma, imediato.



admissão e o atendimento e baixas taxas de incumprimento dos tempos de atendimento alvo do PTM.

Figura 27 - Cumprimento do PTM – SUB Lagos



É no entanto de salientar que se verificam incumprimentos elevados nas situações triadas com a cor Laranja, muito urgente, pelo que, até pela elevada probabilidade de necessidade de transferência desses utentes para serviços mais diferenciados em Faro ou Portimão e pelos constrangimentos no transporte de utentes, a situação deve ser alvo de análise e atuação, pela administração do centro hospitalar.

#### 9.4. VIA VERDE AVC

Dada a elevada percentagem de mortes que ocorrem em Portugal devido a acidentes vasculares cerebrais foi considerado como prioritária, desde há alguns anos, nos Planos Nacionais de Saúde, a implementação das vias verdes, com o objetivo de criar competências e procedimentos específicos, clarificando o circuito dos doentes desde a apresentação dos sintomas até à sua avaliação em ambiente hospitalar. Para tal, o sistema pré-hospitalar deve referenciar diretamente o doente para o local de melhor resolução do problema<sup>33</sup>.

Segundo o Manual do INEM para as Emergências Médicas<sup>34</sup> são três as funções a avaliar, sumariamente, como sinais e sintomas de AVC:

-  Alteração da mímica facial (redução ou ausência do movimento de um lado da face)
-  Dificuldades na elevação de um dos membros superiores
-  Alterações da fala (fala arrastada ou incapacidade em pronunciar palavras)

Refere o mesmo manual que o aparecimento de alterações súbitas em qualquer um destes 3 componentes caracteriza o evento como um potencial AVC, implicando o eventual acionamento da VIA VERDE AVC e deslocação imediata da vítima ao hospital recomendado.

<sup>33</sup> Cfr. art.º 13º do Despacho n.º 10319/2014.

<sup>34</sup> Manual para os técnicos de ambulância de emergência.



Outra forma de suspeitar de um AVC é pela sintomatologia associada, que pode ocorrer com os seguintes sinais/sintomas:



- Parestesia (sensação de adormecimento das extremidades) súbita ou cansaço na face ou membros, especialmente num dos lados;
- Desvio da comissura labial (a boca da vítima apresenta-se desviada para um dos lados);
- Confusão mental súbita ou dificuldade em falar ou compreender a fala
- Dificuldade súbita em ver, num ou em ambos os olhos;
- Dificuldade súbita na marcha, tontura, vertigem, ou coordenação motora;
- Cefaleia súbita e intensa, sem causa conhecida.

Fonte: Manual de Emergências Médicas, INEM

Aquando da chamada do doente/familiar/outro para o INEM, cabe ao operador do CODU verificar a eventual existência de situações de maior gravidade (ausência de respiração e estado de coma) e consoante as respostas obtidas, os algoritmos de triagem<sup>35</sup> encaminham o operador para outros algoritmos de decisão que culminam com a atribuição de um peso de gravidade à situação e com o acionamento do meio de emergência adequado.

Os algoritmos de triagem que no CODU podem originar a ativação da VIA VERDE AVC são **Déficé Motor Sensitivo** e **Alteração do Estado de Consciência**.

Com a estruturação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi estabelecido que o processo de encaminhamento através das **Vias Verdes** deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, cabendo aos sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantir a continuidade e integração de cuidados.

Para tal deverá o INEM referenciar diretamente o doente para o local de melhor resolução do problema, polo da respetiva via verde. Por outro lado *“(…) todos os SUMC e SUP devem ter a capacidade para o diagnóstico clínico e imagiológico do AVC agudo, bem como para efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação.”*<sup>36</sup>.

O SUP do Hospital de Faro encontra-se integrado no circuito intra-hospitalar da VIA VERDE AVC, participando também nas VIA VERDE CORONÁRIA e VIA VERDE SÉPSIS.

O doente sinalizado como VIA VERDE AVC e que chega ao Hospital de Faro em transporte do INEM é direcionado de imediato para antessala da Sala de Reanimação, onde é feita a triagem e ativado o médico da unidade de AVC, que conjuntamente com o enfermeiro da sala de Reanimação, ou

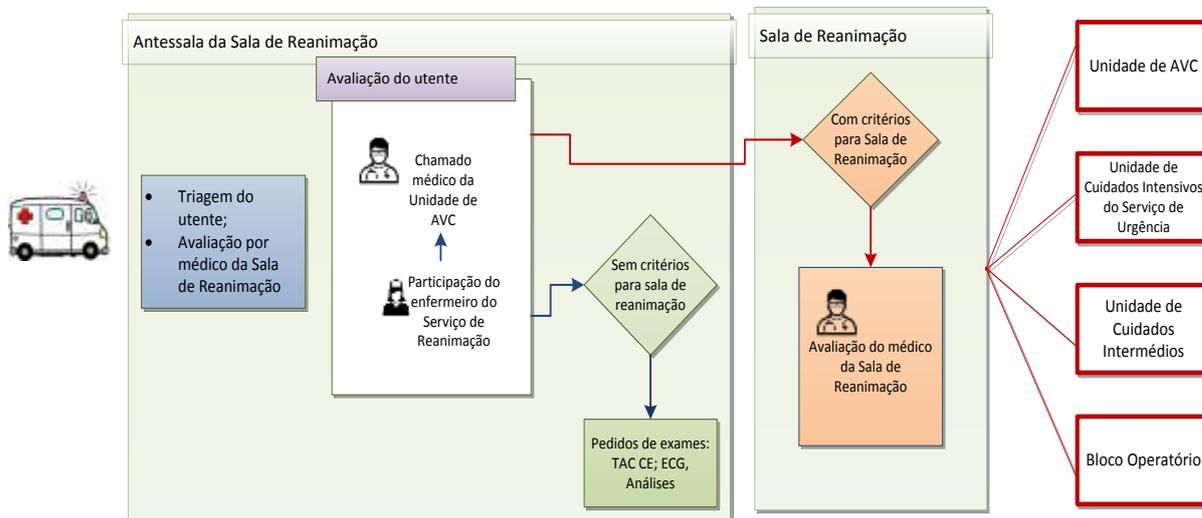
<sup>35</sup> Foi desenvolvido pelo INEM, e patenteado por este, o sistema TETRICOSY<sup>®</sup> que visa uma avaliação rápida das condições clínicas das vítimas de forma a estabelecer prioridades no acionamento dos meios de emergência médica. Este sistema estrutura, com algoritmos, todo o processo de triagem, aconselhamento e acionamento de meios de socorro, obtendo-se maior objetividade e padronização no atendimento das chamadas de emergência. Cada algoritmo está assente em grupos e subgrupos, com perguntas e respostas e, dependendo da sua sequência, é atribuído um peso de gravidade à situação e definidas as prioridades de acionamento de meios e os eventuais aconselhamentos que sejam adequados. Ou seja, nos primeiros segundos e assim que há informação que justifique o envio de uma ambulância, a mesma é acionada. Se entretanto, no decorrer do processo de triagem, surgirem dados que indiquem maior gravidade é acionado um outro meio de emergência, mais diferenciado.

<sup>36</sup> Neste despacho é também mencionado, no n.º 2 do art.º 14º, que *“(…) deve ser constituída a capacidade para a realização de técnicas de re-permeabilização intra-arterial em alguns dos SUP da Rede, de forma a garantir o acesso a estas metodologias de tratamento nas regiões de mais elevada casuística”*. O n.º 3 do mesmo artigo vem mencionar que *“(…) a complexidade e a exigência técnica da abordagem referida no número anterior, bem como os casos atualmente selecionados para a sua realização, recomendam uma rigorosa definição da sua localização e Rede de Referência”*.



enfermeiro da sala de tratamento ou de cirurgia (varia consoante a disponibilidade dos mesmos) avalia a situação clínica do doente.

Figura 28 – Circuito dos utentes com critérios para Via Verde AVC



“Desta avaliação resulta uma de duas situações:

1. O doente tem critérios para a SR e é chamado/ativado o médico da SR;
2. O doente não tem critérios para a SR e são pedidos os exames para melhor se aferir a situação do doente (TAC-CE, análises, ECG, etc.). O enfermeiro presente na avaliação inicial acompanha o doente na realização destes exames.

Em qualquer uma das situações, o doente pode, conforme o seu estado, ser depois internado na UAVC, noutro Serviço, inclusive na UCISU ou na UCIP, ou também ser encaminhado para o Bloco Operatório.

Importa salientar pode também acontecer que o doente dê entrada na antessala da SR sem ser no âmbito da Via Verde e seja de imediato avaliado pelo médico da SR, concluindo-se nessa avaliação que tem critérios de Via Verde AVC. Segue depois então o trajeto já apresentado em cima.

Pode também acontecer que o doente seja triado normalmente (na sala da triagem) sem ser no âmbito da Via Verde e, pelo seu estado e/ou pelos seus antecedentes, se decida chamar o médico da UAVC para a avaliação inicial do doente, seguindo depois o trajeto já apresentado em cima.”<sup>37</sup>.

Analisada a **escala médica efetuada para o mês de dezembro de 2015 da Unidade de AVC** do SUP de Faro, constatou-se que foi garantida a presença de um médico 24h em todos os dias desse mês, com exceção do dia 14 em que só foi garantido o turno das 9h às 21h, não constando dos registos a presença de clínicos no horário das 21h até às 9h do dia seguinte.

Verificou-se, igualmente, que a especialidade médica dos clínicos escalados para o mês de dezembro, nesta unidade, foi predominantemente a de neurologia. Por sua vez, em 5 dias do mês o turno de 12 horas foi garantido por um anestesiológico, em 4 dias por um assistente graduado em medicina física e de reabilitação e noutros 4 dias por um clínico de medicina interna.

<sup>37</sup> Cfr. mensagem de correio eletrónico do CHA, de 8 de abril de 2016.



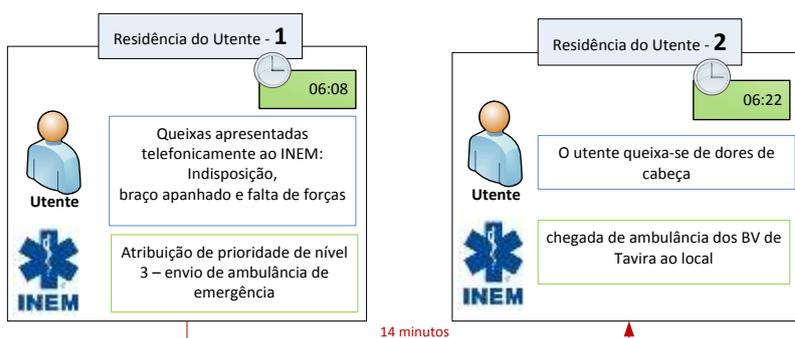
## 10. Análise do cumprimento de regras e procedimentos de controlo num episódio de urgência de AVC

Em dezembro de 2015 foi noticiada a transferência de um utente, com um diagnóstico de lesão isquémica, do Hospital de Faro para o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, onde viria a falecer.

O episódio noticiado, objeto de inquérito interno do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, suscitou diversas questões organizacionais e procedimentais, que justificaram a realização de diligências (análise dos relatórios de inquérito e de avaliação realizados, recolha de informação junto do CHA, CHLN, CHLC, INEM e ERS, realização de entrevistas, verificações físicas) junto das entidades envolvidas no atendimento ao utente, que permitiram identificar várias insuficiências e deficiências, que de seguida se evidenciam.

### 10.1. O atendimento pré-hospitalar

Figura 29 – Percurso do utente – Assistência prestada na residência



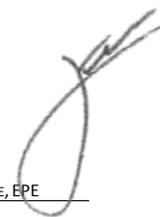
No dia [-] de dezembro de 2015, pelas 06:08 horas, foi recebida no CODU, uma chamada telefónica, efetuada para o número europeu de emergência (112), dando conta do mau estar súbito de um utente.

Considerando que, sempre que possível, a triagem efetuada pelo INEM deve ser realizada ao próprio ou a alguém que se encontre próximo, o CODU contactou telefonicamente um familiar que se encontrava junto ao utente e registado a sintomatologia do mesmo, tendo sido seguido o fluxo correspondente ao algoritmo de *IND – outros problemas*, que conforme protocolado, aciona o envio de meio de emergência com suporte básico de vida<sup>38</sup>.

Note-se, porém, que houve um erro na triagem telefónica. O algoritmo e respetivo fluxo seguido pelo operador do INEM - *IND – outros problemas* - “(...) deveria ter sido mudado para *DMS - Défice Motor Sensitivo, assim que (...)* [foi referida a queixa de] *braço apanhado (...)*”<sup>39</sup>.

<sup>38</sup> Código de prioridade 3. Em caso de suspeita de AVC, e conforme protocolado, o INEM atribuiria também o código de prioridade 3, sendo que, apenas em casos de necessidade de estabilização aérea, com episódios de convulsão, coma ou alteração da cor da pele, seria atribuído o código de prioridade 1. A atribuição de código de prioridade 1 aciona o envio de helicóptero de emergência médica, viatura médica de emergência e reanimação (VMER), ou ambulância de suporte imediato de vida (SIV).

<sup>39</sup> Cfr. mensagem de correio eletrónico remetida pelo Presidente do Conselho Diretivo do INEM, em 6 de abril de 2016.



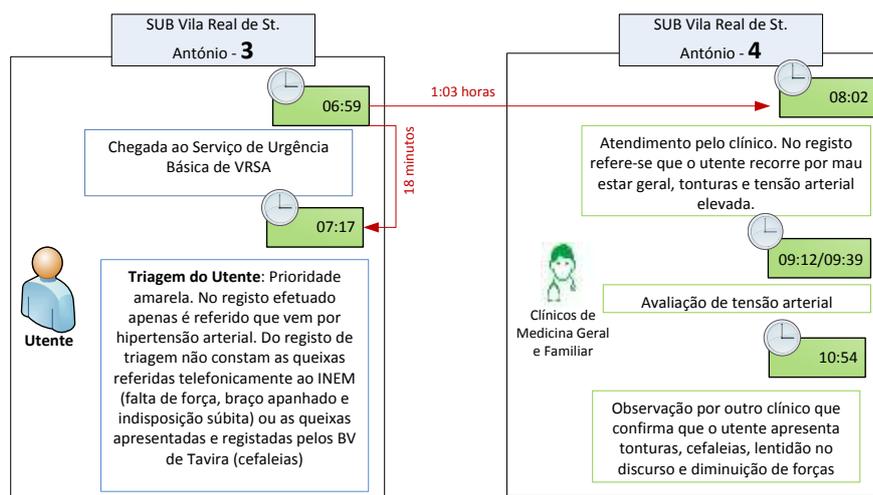
A alteração do algoritmo e do respetivo fluxo poderia ter resultado na inclusão do doente na VIA VERDE AVC e o seu encaminhamento para o SUP de Faro dispensando a passagem pelo SUB de VRSA.

## 10.2. O atendimento hospitalar

Após a avaliação da equipa do INEM que se deslocou ao local, o utente foi encaminhado para o SUB de VRSA, onde foi triado e, após avaliação clínica, medicado para a hipertensão arterial, permanecendo no Serviço de Urgência em observação.

A informação registada no atendimento pré-hospitalar (INEM) consta de suporte não informatizado, não tendo por isso sido incorporada automaticamente no sistema de informação do centro hospitalar, o que prejudicou uma análise completa da situação clínica do doente.

Figura 30 - Percurso do utente no SUB de VRSA



Note-se que o enfermeiro triador não registou todas as queixas apresentadas pelo utente, designadamente as que já tinham sido reportadas ao INEM (mau estar, falta de força, cefaleias, braço apanhado) ou as reportadas ao clínico do SUB de VRSA, imediatamente após a triagem, designadamente *“Recorre por mal estar geral, tonturas e tensão arterial elevada”*. De facto, o enfermeiro triador limitou-se a registar como queixas do utente: *“Vem por hipertensão arterial”*.

Às 10:54 horas, após controlo da tensão arterial, insistência dos familiares, e *“(…) face à alteração do quadro clínico inicial foi considerado a necessidade de realização de outros meios complementares de diagnóstico, nomeadamente TAC crânio encefálico (…)”*<sup>40</sup> foi decidido pelo clínico a transferência do utente para o SUP do Hospital de Faro.

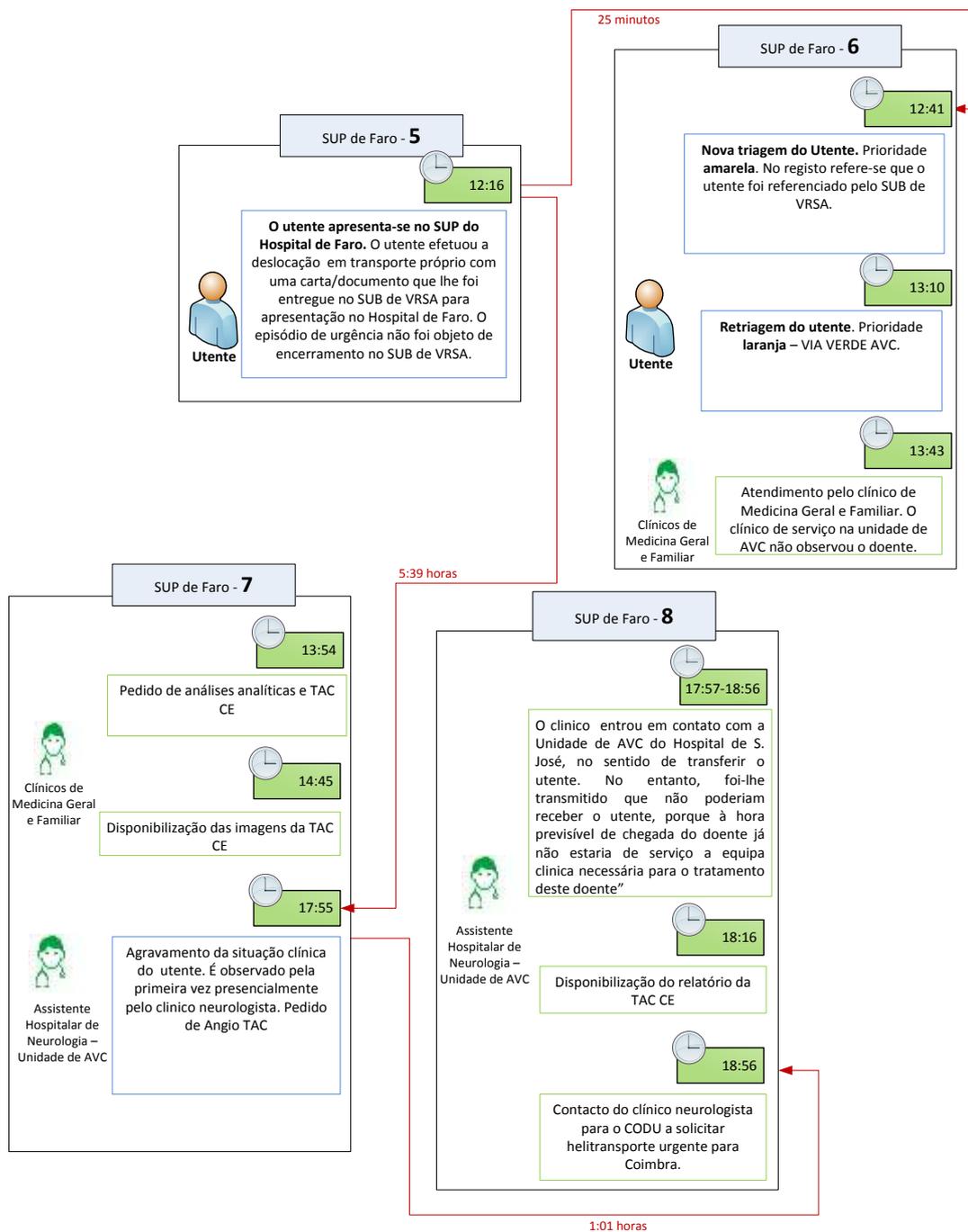
Pese embora o referido, não existe, no relatório completo de episódio de urgência, qualquer registo do pedido de Tomografia Axial Computorizada – crânio-encefálica (TAC – CE), nem do pedido de transporte do utente para o SUP do Hospital de Faro.

<sup>40</sup>Cfr. Relatório do Processo de Inquérito nº 21/2015.



Bem assim, e ao contrário do previsto no circuito de gestão de doentes, constatou-se a inexistência de contato telefónico entre o médico do SUB de VRSA e o colega da especialidade do SUP do Hospital de Faro que deveria observar o utente<sup>41</sup>.

Figura 31 - Percurso do utente no SUP do Hospital de Faro



<sup>41</sup> Cfr. Ponto VII do Protocolo de atuação nº 142/CHA - circuito de gestão de doentes no serviço de urgência polivalente do Hospitalar de Faro.



Às 12:16 horas, o utente apresenta-se no SUP do Hospital de Faro, transportado em viatura própria por um familiar. O inquérito realizado pelo CHA concluiu que tal resultou da “(...) *demora da chegada da mesma [ambulância de transporte] (...)*” e que o utente “(...) *fez o transporte em veículo próprio, sem dar conhecimento à Unidade de Saúde onde se encontrava.*”. Ora, não existe registo ou qualquer outra evidência da requisição de ambulância de transporte.

Note-se, ainda, que o episódio de urgência não foi encerrado, designadamente por abandono do utente, no SUB de VRSA e que o familiar do utente refere, na reclamação apresentada, ter-lhe sido entregue uma carta para apresentação no SUP do Hospital de Faro, o que indicia o conhecimento dos profissionais do SUB de VRSA de que o utente se iria deslocar, por meios próprios, para o SUP do Hospital de Faro, o que, de acordo com entrevistas realizadas, não será desusado.

No SUP do Hospital de Faro o utente foi triado com prioridade amarela e, 29 minutos depois, por insistência dos familiares, retriado, o que resultou na atribuição de prioridade laranja e na  **sinalização do episódio como VIA VERDE AVC.**

No entanto, a **VIA VERDE AVC não foi ativada.** O enfermeiro triador não contactou o clínico neurologista de serviço na Unidade de AVC e encaminhou o utente para o balcão da urgência. De facto, até ao agravamento da sua situação clínica, o utente foi sempre observado e acompanhado por um clínico de medicina geral e familiar.

Ainda assim, na sequência da observação do utente [13.43 horas], o clínico de medicina geral e familiar contactou telefonicamente o neurologista de serviço na Unidade de AVC que “(...) *sugeriu avaliação analítica e TAC CE (...)*”<sup>42</sup>.

O pedido de TAC CE foi registado pelo clínico de medicina geral e familiar às 13:54 horas e realizado às 14:45 horas<sup>43</sup>. **As imagens do exame ficaram de imediato disponíveis** para análise do médico. **No entanto, o relatório só foi disponibilizado às 18.16 horas, i.e., após o agravamento da situação clínica do utente [17.55 horas].**

Refira-se, que, entretanto [cerca de 3 horas], e até ao agravamento da situação clínica do utente [17.55 horas], o utente ficou apenas em observação.

A este propósito salienta-se o referido pelo Diretor de Serviço de Radiologia do CHA: “*A disponibilização do relatório às 18.16 horas (hora de edição informática) não implica que o médico prescriptor só tenha tido acesso à informação a essa hora; frequentemente o clínico que solicita um exame radiológico contacta pessoalmente/telefonicamente o médico radiologista e vice-versa permitindo o acesso precoce a uma informação preliminar que lhe permita adotar os procedimentos clínicos que julgue adequados.*”. No entanto, neste caso, nem o clínico de medicina geral e familiar que prescreveu o exame nem o clínico neurologista que o sugeriu consultaram os resultados do exame antes do agravamento do estado clínico do utente.

<sup>42</sup> Cfr. Auto de declarações do assistente hospitalar de neurologia a desempenhar funções na Unidade de AVC no dia 14/12/2015, no âmbito do processo de inquérito nº 21/2015.

<sup>43</sup> Cfr. mensagem de correio eletrónico de 06/04/2016, remetido por [secdirclinico@ch Algarve.min-saude.pt](mailto:secdirclinico@ch Algarve.min-saude.pt).



Na sequência do agravamento do estado clínico do utente foi efetuada a transferência da responsabilidade médica para o clínico neurologista de serviço da Unidade de AVC.

A TAC CE veio a revelar “(...) acidente vascular isquémico no território da artéria cerebral posterior (...)”<sup>44</sup>.

Confirmada a degradação do estado de consciência do utente [coma], o clínico neurologista decidiu referenciar o utente para uma unidade de saúde com neurorradiologia de intervenção para realização de trombectomia.

No entanto, ao invés de contactar o hospital de referência do CHA - o CHLN, EPE - o clínico neurologista contactou a Unidade de AVC do CHLC, EPE, que o informou de que à hora previsível de chegada do utente não haveria equipa para realizar a intervenção. Questionado especificamente sobre de que forma se assegurou que o CHLN, EPE, não poderia tratar o utente, o clínico respondeu que “Sabia-se no departamento da unidade de AVC que o Hospital de Santa Maria não disponibilizava nessa altura de tratamento para o efeito desejado.”. Porém, nem o clínico nem o CHA apresentaram evidência documental que suportasse o alegado.

Acresce que o CHLN, EPE, informou que, àquela data, apesar de não existir “(...) uma escala específica para Neurorradiologia de Intervenção, uma vez que o serviço contava apenas com dois médicos com formação específica nessa área (...) sempre que surgiam situações que careciam de intervenção endovascular urgente (AVC isquémico ou hemorrágico por rutura de aneurisma) e se encontrava escalado um médico com formação em terapia endovascular, eram tomadas as diligências necessárias à constituição de uma equipa que permitisse a realização de terapia endovascular (embolização de aneurismas e trombectomia nos AVC).”.

Informou, ainda, que no dia [-] de dezembro de 2015 faziam parte da escala da habitual urgência neurorradiológica clínicos “(...) com formação completa em neurorradiologia de intervenção, sendo que nenhum dos profissionais foi informado ou contactado para eventual intervenção endovascular de urgência, nas datas indicadas.”.

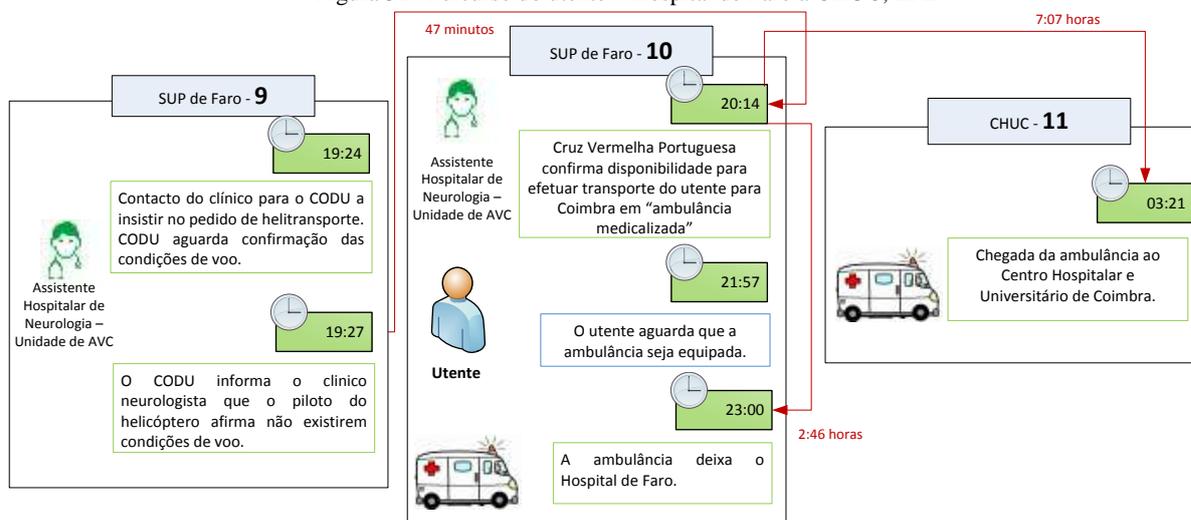
Na sequência do contacto com o CHLC, EPE, e sem aferir da disponibilidade de outros centros hospitalares mais próximos, designadamente na região de Lisboa e Vale do Tejo (Hospital Garcia de Orta, EPE, e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE), o clínico neurologista contactou a Unidade de AVC do CHUC, EPE, que aceitou recebê-lo.

Assim, pelas 18:56 horas o clínico neurologista contactou o CODU, solicitando o helitransporte urgente para Coimbra.

<sup>44</sup> Cfr.: Auto de Declarações do Assistente Hospitalar de Neurologia a desempenhar funções serviço de Neurologia no dia 14/12/2015, ouvido em depoimento no âmbito do processo de inquérito nº 21/2015.



Figura 32 - Percurso do utente – Hospital de Faro a CHUC, EPE



Às 19:27 horas, decorridos cerca de 30 minutos após o primeiro contacto, o CODU informou o clínico de que o Comando Nacional de Proteção Civil - que para o efeito contactou o piloto do helicóptero – considera que as condições meteorológicas não permitem realizar o voo<sup>45</sup>.

Perante a indisponibilidade do helicóptero do INEM, o clínico neurologista, acionou um pedido de transporte do utente em “ambulância medicalizada” (ambulância do tipo C)<sup>46</sup> à Luso-ambulâncias, Lda., pelas 19.51 horas.

**Note-se que nem o referido clínico solicitou o transporte de ambulância ao CODU, nem este o sugeriu.**

Questionado sobre se, por hipótese, o CHA tivesse solicitado ao CODU o transporte por ambulância medicalizada, o INEM teria efetuado o transporte, o Presidente do INEM informou que **“À data da ocorrência em causa, o INEM teria enviado uma Ambulância de Emergência Médica (AEM do INEM) ou uma Ambulância de Socorro (AS) de um PEM (Posto de Emergência Médica) ou Posto Reserva, cuja tripulação é constituída por dois Técnicos de Emergência (nas AEM) ou Tripulantes de Ambulância (nas AS) e uma Viatura Médica de Emergência Médica e Reanimação (VMER), tripulada por um médico e um enfermeiro.”**<sup>47</sup>.

É de notar que, ainda que o transporte tivesse sido organizado pelo CODU, a escolha da entidade de destino neste transporte urgente caberia ainda assim ao médico do Centro Hospitalar do Algarve. De facto, embora sejam, entre, outras, atribuições do INEM “Promover a correta referenciação [e] a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente”<sup>48</sup>, este não dispõe de um diretório nacional dos serviços médicos disponíveis em cada serviço de urgência, pelo que não dispõe da informação necessária ao cumprimento das mesmas.

<sup>45</sup> O INEM informou que os impedimentos de voo por motivos meteorológicos não são contabilizados para períodos de inoperacionalidade. Refere, ainda, que os impedimentos de voo por motivos meteorológicos, dada a sua variabilidade, são aferidos no momento do acionamento do helicóptero. Fonte: Mensagem de correio eletrónico de 18 de abril de 2016.

<sup>46</sup> Fonte: Relatório Final do Processo de Inquérito nº 21/2015.

<sup>47</sup> Cfr. mensagem de correio eletrónico de 3 de maio de 2016 do Presidente do CD do INEM. Destacado e sublinhado nosso.

<sup>48</sup> Cf. Lei Orgânica do INEM - Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro.



Pese embora a urgência de assegurar o transporte do utente, só pelas 20.14 horas, ou seja, decorridos 23 minutos, a Luso-ambulâncias, Lda., primeira empresa contactada, confirmou a indisponibilidade para efetuar o transporte. Na sequência, foi solicitado o transporte a outro prestador [20.14 horas] que, imediatamente, confirmou a indisponibilidade.

A Delegação de Silves-Albufeira da Cruz Vermelha Portuguesa confirmou a realização do transporte [20.14 horas], tendo informado o CHA de que *“(...) a equipa levaria entre 45m a 60 (...) demorando assim 1 hora e 7 minutos.”*. Este hiato de tempo contemplaria *“(...) a verificação de todo o material necessário e a viagem até ao CHALG [Centro hospitalar do Algarve], considerando só para o percurso um tempo estimado de 30m.”*<sup>49</sup>.

A ambulância chegou ao SUP do Hospital de Faro às 21:21 horas<sup>50</sup>.

No entanto, *“(...) a ambulância enviada, apesar de ter sido expressamente solicitado como medicalizada, não se encontrava devidamente equipada para este tipo de transporte, pelo que a mesma teve que ser apetrechada com material necessário da Unidade Hospitalar de Faro, para que o transporte pudesse ser efetuado em condições de segurança para o doente (...) um tempo desnecessariamente perdido.”*<sup>51</sup>.

Ora, sobre esta matéria o Coordenador Local de Emergência da Delegação de Silves-Albufeira da Cruz Vermelha Portuguesa informou o CHA de que *“(...) o equipamento que foi enviado estava todo em perfeitas condições, o monitor era o mais recente adquirido por esta estrutura operacional, em relação à equipa de tripulantes, a mesma está devidamente formada para a realização deste tipo de transporte (...)”*.

A ambulância só saiu do Hospital de Faro às 23:00 horas, tendo chegado ao CHUC às 03:21 horas.

## 11. Erros e omissões dos processos de inquérito e de avaliação realizados

### 11.1. Inquérito do Centro Hospitalar do Algarve, EPE

Por despacho de 28 de dezembro de 2015, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, determinou a instauração de um processo de inquérito para apuramento de eventual responsabilidade disciplinar na assistência prestada ao utente do episódio de urgência de AVC em causa, tendo nomeado como instrutor o Diretor do Serviço de Medicina 3.

No âmbito do inquérito foram ouvidos vários intervenientes que, direta ou indiretamente, se relacionaram com a assistência prestada ao utente em causa, designadamente os clínicos que prestaram os primeiros cuidados de saúde no SUB de Vila Real de Santo António e os clínicos do SUP do Hospital de Faro.

Com base na análise do “relatório completo do episódio de urgência” do utente e nos depoimentos recolhidos, o instrutor concluiu:

<sup>49</sup> Cfr.: mensagem de correio eletrónico de 06/04/2016, remetido por [secdirclinico@chalgarve.min-saude.pt](mailto:secdirclinico@chalgarve.min-saude.pt)

<sup>50</sup> Cfr.: mensagem de correio eletrónico de 06/04/2016, remetido por [secdirclinico@chalgarve.min-saude.pt](mailto:secdirclinico@chalgarve.min-saude.pt)

<sup>51</sup> Cfr.: Relatório Final do Processo de Inquérito nº 21/2015.



## Conclusões inquérito CHA

- ✓ Os **procedimentos dos clínicos** do SUB de VRSA e SUP de Faro foram os **adequados**:
  - quer na avaliação do doente;
  - quer na terapêutica;
  - quer nos exames complementares;
  - quer na decisão da transferência para o Hospital de S. José.
- ✓ Falta de **atenção dos profissionais do SUB de VRSA**, ao não se aperceberem da saída do utente em transporte próprio para a Unidade de Faro;
- ✓ A recusa da Unidade de AVC do Hospital de S. José teve eventuais consequências no estado do utente que não podem ser imputadas à Unidade de Faro;
- ✓ O facto de não haver condições para o helitransporte e a ambulância solicitada ao CODU não vir equipada convenientemente foi um tempo desnecessariamente perdido.

A 26 de janeiro de 2016, o então Conselho de Administração homologou as conclusões e mandou arquivar o processo.

No entanto, o inquérito havia chegado a conclusões erradas, conforme se demonstra infra, pelo que o seu arquivamento impossibilitou o apuramento de indícios respeitantes a qualquer tipo de responsabilidades e inviabilizou a formulação de propostas de melhoria dos procedimentos internos da organização, de modo a prevenir e evitar este tipo de eventos.

De facto, face às conclusões do inquérito verifica-se que:

- ✓ não é feita qualquer censura à atuação dos profissionais do CHA (com exceção da falta de atenção dos funcionários do SUB de VRSA no que concerne ao alegado abandono do utente sem conhecimento dos mesmos).
- ✓ foi desconsiderada a sinalização do utente como VIA VERDE AVC - na 2ª triagem realizada no SUP do Hospital de Faro - não tendo sido averiguada a razão da sua não ativação;

Sobre esta matéria, o CHA informou que o sistema informático *“(…) através do fluxograma, é enganador dá automaticamente VIA VERDE AVC. Contudo, o enfermeiro triador tem formação específica no fluxograma da VIA VERDE AVC e apenas contacta o médico da UAVC quando de facto suspeita que se trata de uma VV AVC. Esta informação gerada automaticamente não é passível de ser anulada.”*.

No entanto, a empresa responsável pelo referido sistema informático informou que *“Estando a “Via Verde AVC” ativa no ALERT, e após o enfermeiro triador percorrer as questões do protocolo, até serem encontradas as condições de ativação da Via Verde AVC, o sistema informa o enfermeiro triador que o paciente poderá ter critérios para inclusão no procedimento de Via Verde AVC. A inclusão ou não, neste procedimento, é decisão do enfermeiro triador, que tem para esse fim acesso a um botão para desativar a Via Verde AVC, se assim pretender.”*.

Ou seja, que *“(…) o enfermeiro triador após concluir a triagem e tendo esta despoletado a Via Verde AVC, pode desativá-la se assim pretender.”*.



Mais, a referida a empresa informou ainda que, no que concerne à funcionalidade de sinalização de VIA VERDE AVC, **“Cabe ao hospital definir se quer ter esta funcionalidade ativa ou não.”**.

- ✓ Foi ignorado que o hospital de referência do CHA é o CHLN, EPE, e que o clínico neurologista não se assegurou da indisponibilidade do Hospital de Santa Maria para realizar o procedimento em causa [trombectomia].
- ✓ Presumiu-se a recusa por parte do Hospital de S. José em receber o utente, mas não existe evidência de que o próprio CHA tivesse reportado essa “recusa” à tutela.
- ✓ Não foram ouvidos todos as entidades (INEM, CHLC, CHLN e CHUC) e intervenientes no episódio em causa, nomeadamente o médico que acompanhou o transporte do doente para Coimbra.
- ✓ Foi ignorado o facto das imagens da TAC-CE terem sido disponibilizadas pelas 14.45 horas e não terem sido consideradas para efeitos de avaliação/tratamento do utente.
- ✓ Não foi analisada toda a informação disponível (ex: registos dos pedidos de transporte, reclamação do familiar do utente, mensagens de correio eletrónico com a Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Silves-Albufeira).

Quanto aos factos erradamente dados como provados, designadamente a alegada solicitação de ambulância medicalizada ao CODU/INEM para transporte do utente para o CHUC, confirmou-se<sup>52</sup> que não foi ao CODU que a ambulância medicalizada foi solicitada, mas às empresas de transporte de doentes com as quais o CHA mantém ativos os contratos para o efeito. Ao CODU foi apenas solicitado o helitransporte.

## 11.2. Avaliação da Entidade Reguladora da Saúde

A Entidade Reguladora da Saúde realizou um processo de avaliação<sup>53</sup>, por conhecimento officioso dos factos noticiados, para, no âmbito das suas atribuições de supervisão, aferir da salvaguarda dos direitos e interesses do utente, apreciando o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde necessários.

Da análise da documentação constante dos autos do supradito processo destacam-se as seguintes conclusões:

<sup>52</sup> Cfr.: Registos de pedidos de transporte do CHA e informação prestada pelo INEM.

<sup>53</sup> Segundo a ERS “(...) o processo de avaliação é um tipo de procedimento administrativo que visa unicamente, de uma forma expedita, a realização de uma averiguação preliminar de factos que tenham chegado ao conhecimento da ERS, através de exposições, denúncias, queixas ou reclamações, ou ainda por conhecimento officioso designadamente através de notícias divulgadas nos órgãos de comunicação social, com o objetivo de aferir de uma eventual necessidade de intervenção regulatória mais aprofundada, ao abrigo das suas atribuições e competências, a realizar, por exemplo, através da subsequente abertura de um processo de inquérito.”.



## Conclusões da ERS

- ✓ “A Via Verde AVC foi corretamente acionada (...)”
- ✓ “(...) os procedimentos relativos à triagem e subsequente atendimento médico terão sido corretamente seguidos(...)”
- ✓ O CHA atuou conforme, porquanto “(...) o comportamento do [CHA] se adequou às necessidades concretas daquele utente (...) não tendo sido assim constatadas falhas quer no que toca aos direitos e deveres legítimos do utente, quer no que respeita ao seu direito de acesso aos cuidados de saúde (...)”
- ✓ “(...) a referência da Via Verde AVC foi cumprida por parte do CHA”

Salienta-se, desde já, que o processo enferma de insuficiência quanto aos elementos documentais de prova e fundamentação. A ERS não analisou toda a informação e documentação disponível<sup>54</sup>, designadamente os registos de pedido de transporte e de transferência do utente, os autos de declaração dos intervenientes no episódio do utente e a reclamação do familiar do utente.

Ainda assim, a ERS concluiu que foi:

- ✓ Correta a ativação da VIA VERDE AVC – A solicitação do Tribunal, a ERS informou que a VIA VERDE AVC foi ativada pelas 13.10 horas [momento em que o enfermeiro triador do Hospital de Faro retriou o utente]. No entanto, no Relatório da ERS refere-se que a VIA VERDE AVC foi acionada após o diagnóstico de AVC. Ora, o referido diagnóstico só foi efetuado após a disponibilização do relatório da TAC-CE, ou seja, após as 18.15 horas. Acresce, ainda, que não obstante o enfermeiro triador ter efetivamente sinalizado o utente como VIA VERDE AVC não foram desencadeados os procedimentos necessários e previstos para o atendimento e encaminhamento de utentes sinalizados como VIA VERDE AVC, não tendo sido efetivamente acionada a VIA VERDE AVC<sup>55</sup>.
- ✓ Correto o procedimento de triagem e subsequente atendimento médico - não valorizando, designadamente:
  - a. A inexistência de registo - no episódio de urgência - de indicação para TAC-CE pelo clínico do SUB de VRSA e de contacto telefónico para o SUP do Hospital de Faro, tal como previsto no protocolo do circuito de gestão de doentes. Note-se que, de acordo com o depoimento anexo ao relatório interno do CHA, este clínico referenciou o utente para o SUP do Hospital de Faro para realização de TAC-CE.
  - b. Que no SUP do Hospital de Faro foi apenas por insistência dos familiares que o utente foi retriado, o que determinou a alteração da prioridade urgente para muito urgente e a sinalização do utente como VIA VERDE AVC.
  - c. As imagens da TAC-CE foram disponibilizadas pelas 14.45 horas. No entanto, o relatório só foi disponibilizado pelas 18.16 horas, ou seja, 3.31 horas após a sua realização, não tendo o clínico prescriptor contactado o médico radiologista por forma

<sup>54</sup> Note-se que o perito médico da ERS recomendou a averiguação junto do INEM sobre o meio de transporte utilizado e a confirmação junto do CHLC, EPE, se constituía o centro de referência do CHA.

<sup>55</sup> Refira-se, a este propósito, que o CHA informou que “(...) dado que não era uma verdadeira VIA VERDE AVC, o médico da UAVC não deveria ser chamado por ninguém.”.



a aceder a informação preliminar que lhe permitisse adotar procedimentos clínicos adequados.

- d. O facto de o utente ter sido sinalizado pelo enfermeiro triador como VIA VERDE AVC, mas até ao agravamento da sua situação clínica ter sido sempre observado e acompanhado por um clínico de medicina geral e familiar. Apenas às 17:50 horas a responsabilidade médica pelo utente foi assumida pelo clínico neurologista da Unidade de AVC.
- ✓ Correta a atuação do CHA - não valorizando as incongruências designadamente quanto:
    - (a) Às regras e procedimentos previstos para o atendimento a utentes incluídos na VIA VERDE AVC;
    - (b) Ao transporte do utente de VRSA para Faro por meios próprios, designadamente a ausência de pedido de transporte do utente para o SUP do Hospital de Faro.
    - (c) Ao transporte do utente de Faro para Coimbra. No inquérito do CHA é referido que foi *“(...) então solicitado ao CODU ambulância medicalizada para transporte do utente (...)”*, quando, na verdade, a ambulância medicalizada foi solicitada a operadores de ambulância com os quais o CHA tem contrato e não ao CODU.
  - ✓ Cumpridos, por parte do CHA, os preceitos definidos para as redes de referência - subvalorizando o incumprimento da rede de referência [a entidade de referência do CHA é o CHLN, EPE] e a inexistência de elementos de fundamentação para a decisão do clínico neurologista em transferir o utente para o CHUC, EPE, sem confirmar a disponibilidade para receber e tratar o utente do Hospital de Santa Maria [CHLN] e de unidades de saúde mais próximas.

O processo de avaliação realizado pela Entidade Reguladora da Saúde resultou em arquivamento, o que, em virtude da autoridade e natureza independente da ERS, reforçou e validou premissas falsas e conclusões inconsequentes produzidas no processo de inquérito interno do Centro Hospital do Algarve, EPE.

Em sede de contraditório, a ERS refere que *“(...) ainda que o concreto Processo de Avaliação (...) tenha sido arquivado, porquanto os elementos trazidos aos autos e objeto da competente apreciação clínica não indicaram a necessidade de prossecução do mesmo (...) não deixou a atuação do serviço de urgência daquele mesmo centro hospitalar de ser objeto de acompanhamento e intervenção da ERS;”*.

Acrescenta, ainda, que, em 2015, *“(...) foram abertos 12 Processos de Avaliação a este prestador (...)”*, e destaca *“(...) a instrução concretamente emitida no Processo de Inquérito ERS/068/2015 em que factos contemporâneos à ocorrência em causa determinaram a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar do Algarve, EPE, relativa a procedimentos de operacionalização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica no serviço de urgência (...)”*.

Estas observações não contrariam as conclusões do Relatório.



## IV. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projeto de relatório foi dada vista à Procuradora Geral Adjunta, nos termos e para os efeitos do n.º 5 do artigo 29.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas<sup>56</sup>.

## V. EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1.º, 2.º, 10.º, n.º1 e 11.º, n.º 1, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 139/99, de 28 de agosto, e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de abril, são devidos emolumentos no valor global de € 17.164,00, a suportar pelo Centro Hospitalar do Algarve, EPE.

## VI. DETERMINAÇÕES FINAIS

Os juízes do Tribunal de Contas deliberam, em subsecção da 2ª Secção, o seguinte:

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 78.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, aos seguintes responsáveis:
  - Ministro da Saúde;
  - Inspectora-Geral da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde;
  - Presidente do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde;
  - Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE;
  - Membros do anterior Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve, EPE;
  - Presidente do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, o mesmo seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de três meses após a receção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.

<sup>56</sup> Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março.



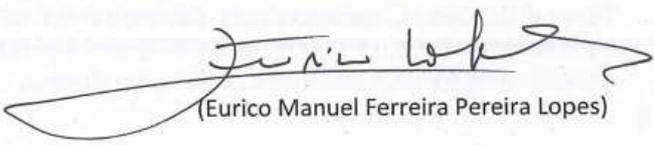
# Tribunal de Contas

AUDITORIA DE RESULTADOS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE

5. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos do disposto nos artigos 29.º, n.º 4 e 54.º n.º 4, este aplicável por força do artigo 55.º n.º 2, todos da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto.

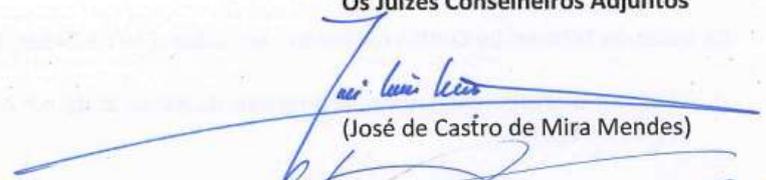
Tribunal de Contas, 30 de junho de 2016

**O Juiz Conselheiro Relator**

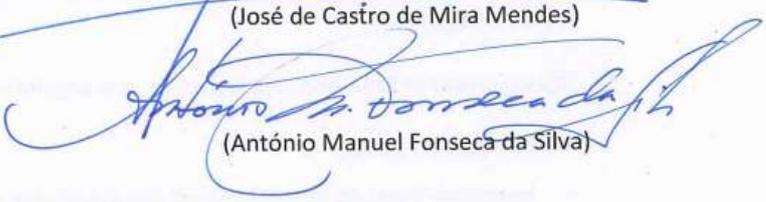


(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

**Os Juizes Conselheiros Adjuntos**



(José de Castro de Mira Mendes)



(António Manuel Fonseca da Silva)

Fui presente,

**A Procuradora-Geral Adjunta**

