

N.º 3.8/2018/1
Proc.:
Data: 10/12/2019

RELATÓRIO

Assunto: Verificação do cumprimento dos princípios orientadores de organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental da RAA (Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março)

Handwritten signatures and the name 'Santos'.

AUDITORIA

AÇÃO ORDINÁRIA

Verificação do cumprimento dos princípios orientadores de organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental da RAA (DLR n.º 5/2007/A, de 9 de março)

“(…) Sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades. Em contrapartida, a doença mental impõe múltiplos custos, perdas e sobrecargas aos cidadãos e aos sistemas sociais. (...)”

Livro Verde da Comissão das Comunidades Europeias

Melhorar a saúde mental da população

Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia

ÍNDICE

BREVE APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA.....	7
PLANOS DE ATIVIDADES	10
ENQUADRAMENTO E ÂMBITO	11
OBJETIVOS.....	14
METODOLOGIA	15
CONTRADITÓRIO	19
ACORDO DE COOPERAÇÃO ENTRE A SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E O INSTITUTO DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS	21
ENTIDADE AUDITADA.....	23
Natureza	23
Organização e funcionamento	24
Serviços de internamento	32
Licenciamento/registo	40
Referenciação e admissão de utentes	43
Organização do processo e espólio dos utentes	57
Transferências	63
Mobilidades	63
Obrigações	64
Financiamento	68
Exposições	74
CONCLUSÕES	77
RECOMENDAÇÕES.....	81
PROPOSTAS	83
ANEXOS	84

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado
CCISM	Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CSES	Casa de Saúde do Espírito Santo
CSM	Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental
DRS	Direção Regional de Saúde
EPARAA	Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores
ESRS	Estatuto do Serviço Regional de Saúde
HDES	Hospital do Divino Espírito Santo, EPER
HH	Hospital da Horta, EPER
HSEIT	Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER
IASFA	Instituto da Ação Social das Forças Armadas
IIHSCJ	Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IReS	Inspeção Regional de Saúde
LTFP	Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PII	Plano Individual de Intervenção
PRS	Plano Regional de Saúde
PRSM	Programa Regional de Saúde Mental
RAA	Região Autónoma dos Açores
RRCCISM	Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

Handwritten signature and initials
:Santos



SGQ	Sistema de Gestão de Qualidade
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SReS	Secretaria Regional da Saúde
SRS	Serviço Regional de Saúde
SRSM	Sistema Regional de Saúde Mental
UPS	Unidade Privada de Saúde
USI	Unidade de Saúde de Ilha

BREVE APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere.

Por sua vez, o conceito de doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, como por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.

Os estudos epidemiológicos, já em 2008, demonstravam que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, a dependência do álcool e a esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença.

As formas mais comuns de doença mental nos países da União Europeia são as síndromes ansiosas e a depressão. No ano 2020, prevê-se que a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos.

A doença mental acarreta custos, sobretudo através da perda de produtividade. As doenças mentais são uma das principais causas de reforma antecipada e de pensões por invalidez.

Apesar de se dispor de uma panóplia alargada de meios terapêuticos e apesar da evolução positiva registada no domínio dos cuidados psiquiátricos, as pessoas doentes ou diminuídas mentais continuam a ser alvo de exclusão social, estigmatização, discriminação ou a ver desrespeitados os seus direitos fundamentais e a sua dignidade.

Ora, a nível mundial, é generalizadamente defendido que uma das primeiras prioridades neste domínio consiste em proporcionar a todos os doentes mentais cuidados e tratamentos eficazes e de grande qualidade.

Embora seja fundamental para a resolução dos problemas, a abordagem médica não pode, por si só, agir sobre outros fatores determinantes da condição mental de cada um, nomeadamente, fatores sociais. Por conseguinte, em conformidade com a estratégia da OMS – que vem sendo definida ao longo do tempo -, é necessária uma abordagem holística que abranja não só a prestação de tratamento e cuidados às pessoas, mas também ações dirigidas à população em

geral, a fim de promover a saúde mental, prevenir a doença mental e dar respostas aos problemas relacionados com a estigmatização e os direitos humanos. Uma estratégia como esta tem necessariamente de contar com muitos participantes, implicar outros setores para além do da saúde e ainda aquelas entidades cujas decisões tenham consequências na saúde mental da população. As associações de doentes e a sociedade civil têm um papel de relevo a desempenhar na definição e implementação das respetivas soluções.

Em Portugal, embora escassos, os dados existentes sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes.

A análise do sistema de saúde mental mostra alguns aspetos positivos na evolução das últimas décadas. Porém, o nível modesto de recursos disponíveis para a saúde mental em Portugal é certamente um dos fatores que tem dificultado o desenvolvimento e a melhoria dos serviços neste setor. Ao contrário do que sucede noutros países, os grupos de utentes e familiares nem sempre tiveram uma voz ativa na sociedade portuguesa. A perspetiva de saúde pública e a cultura de avaliação de serviços na área da saúde mental em Portugal apresentam algumas fragilidades. Pelo que os recursos atribuídos à Saúde Mental são indiscutivelmente baixos se se atender ao impacto real das doenças mentais para a carga global das doenças.

Refira-se, ainda, que as Ordens Religiosas têm representado, no conjunto do sistema prestador de cuidados de Saúde Mental em Portugal, uma parte muito significativa das respostas disponíveis, articuladas com os serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Ao nível da Região Autónoma dos Açores, a preocupação com a Saúde Mental consta, igualmente, do Plano Regional de Saúde (PRS), elaborado para o período de 2014-2016 e, mais recentemente, estendido a 2020, através das seguintes intervenções:

- criação de unidades/equipas comunitárias de saúde mental nos centros de saúde/unidades de saúde de ilha do Serviço Regional de Saúde (SRS);
- implementação de estratégias de intervenção comunitária; e
- celebração e estabelecimento de protocolos para patologias específicas.

Nessa medida, a operacionalização da atuação em prol da promoção da Saúde Mental assenta nos objetivos abaixo indicados:

- 1) Promover a integração dos cuidados de saúde mental no SRS (cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares), garantindo a toda a população açoriana a promoção da saúde mental e o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade, melhorando a qualidade de vida das pessoas com doença mental e com incapacidade;
- 2) Desenvolver ações preventivas no âmbito da saúde mental e promover o diagnóstico precoce de perturbações psiquiátricas;
- 3) Promover a saúde mental na gravidez, no pós-parto e no período infanto-juvenil.

Conforme refere OLIVEIRA¹ “(...) [a]s doenças mentais tratam-se e muitos doentes recuperaram a saúde. As doenças mentais devem ser encaradas do mesmo modo como se olha para as doenças físicas. Tal como o cancro e as doenças de coração, sabe-se que muitas doenças mentais têm causas definidas, requerendo cuidados e tratamento. Quando os cuidados e o tratamento são prestados, é de esperar uma melhoria ou recuperação, permitindo às pessoas regressarem à comunidade e retomarem vidas normais. (...)”.

Nesse sentido, pode-se ler no preâmbulo do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março: “(...) [N]a sequência da mudança de paradigma relativo aos doentes e à doença mental, a que não foi alheia a evolução da ciência médica, da psicologia e das ciências sociais, a organização preconizada deixou de ter por base o isolamento e a segregação como condições indispensáveis ao tratamento e substituiu-os pela integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de prestação de cuidados e o tratamento num meio menos restritivo e de maior proximidade possível. (...)”.

¹ DELFIM OLIVEIRA, *Estigma e Saúde Mental*, in: *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania*, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Folhetos do SNR, n.º 56), Lisboa, 2006, *cit.*, pp. 25-26.

PLANOS DE ATIVIDADES

Desde o ano de 2014 que os sucessivos Planos de Atividades da Inspeção Regional de Saúde preveem a realização de ações com incidência na área da Saúde Mental². Contudo, por diversos motivos a concretização de tal desiderato teve que ser sucessivamente adiada.

O planeamento anual das atividades de auditoria contempla, preferencialmente, uma avaliação de risco de todas as instituições, serviços ou organismos da Secretaria Regional com competência na área da saúde, ou por este tutelados, revistam ou não natureza empresarial³.

O planeamento da auditoria implica assim um estudo preliminar, que desenvolve o conjunto de informações, que sustenta a inclusão da auditoria nos Planos Anuais de Atividades, nomeadamente quanto ao objeto, à oportunidade, à utilidade e disponibilidade de meios para a sua realização.

No ano de 2018, a Sr.^a Inspetora Regional de Saúde determinou a abertura de um processo de auditoria e o início de uma ação inspetiva ordinária⁴, nos termos do artigo 17.º e seguintes do *Regulamento de Procedimentos da Inspeção Regional de Saúde dos Açores*.

Por mutações sucessivas na composição dos recursos humanos afetos à Inspeção Regional de Saúde (IReS) e tendo presente as alterações da composição da equipa inspetiva ocorridas durante o ano de 2018, foi nomeada no dia 13 de março de 2019, nova equipa inspetiva para executar e concluir a ação, tendo sido designado a 1 de julho do mesmo ano, novo elemento para coadjuvar a citada equipa.

² Vide Planos de Atividades da IReS em http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srs-irs/textoImagem/Planos_de_Atividades_da_Inspcao_Regional_da_Saude.htm.

³ Nos termos do artigo 19.º do *Regulamento dos Procedimentos da Inspeção Regional de Saúde dos Açores*.

⁴ Ação de verificação do cumprimento dos princípios orientadores de organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental da RAA (DLR n.º 5/2007/A, de 9 de março), inscrita no Plano de Atividades da IReS para 2018.

ENQUADRAMENTO E ÂMBITO

O Estatuto do Serviço Regional de Saúde (ESRS), aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, na sua redação atual, veio desenvolver, com âmbito regional, os princípios estabelecidos na Lei de Bases da Saúde, configurando - no seu n.º 5 do artigo 5.º - a Inspeção Regional da Saúde como um serviço da secretaria regional da tutela cuja atividade se desenvolve no domínio da auditoria técnica, da inspeção e da fiscalização do cumprimento das normas relativas ao sistema de saúde da Região, gozando, no exercício das suas competências, de autonomia técnica e de independência.

Desenvolvendo o normativo acima citado, na arquitetura da Secretaria Regional da Saúde (SReS), a IReS é um órgão de controlo, auditoria e fiscalização, tendo como atribuições assegurar o cumprimento das normas e regulamentos vigentes em matéria de saúde, tendo em vista o bom funcionamento e a qualidade dos serviços, a defesa dos legítimos interesses e bem-estar dos cidadãos bem como da salvaguarda do interesse público. Quanto ao âmbito espacial, a IReS desenvolve a sua ação em todo o território da Região Autónoma dos Açores e em todas as instituições e serviços que integram o Serviço Regional de Saúde, bem como em relação às entidades privadas, pessoas singulares ou coletivas, com ou sem fins lucrativos que prestam cuidados de saúde ou exercem outras atividades neste setor (sublínea i) da alínea c) do n.º 1 do artigo 4.º, conjugado com os artigos 23.º e 24.º, todos do Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2013/A, de 21 de junho).

No que à ação em concreto diz respeito, cumpre fazer referência ao já aludido Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março, diploma que estabelece os Princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental da Região Autónoma dos Açores. Este diploma aplica-se a todas as instituições e serviços de saúde mental do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores, bem como a todas as entidades privadas com quem sejam celebrados contratos, convenções, acordos de cooperação ou protocolos na área da saúde mental, constituindo-se num sistema regional de saúde mental (artigo 2.º do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março). Ora, os cuidados de saúde mental são prestados, no âmbito do Serviço Regional de Saúde, pelos hospitais e centros de saúde, em articulação com as entidades privadas que, de acordo com o âmbito do diploma, integram o Sistema Regional de Saúde Mental (n.º 1 do artigo 5.º do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março). De salientar que no âmbito deste diploma, é acometido

à Direção Regional da Saúde (DRS) o planeamento, regulamentação, orientação e inspeção da prestação de cuidados de saúde mental, bem como a fiscalização dos serviços de saúde mental (artigo 4.º do citado diploma).

Na esteira do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março, foram celebrados Acordos de cooperação entre a Secretaria Regional da Saúde (SReS) e os Institutos Hospitaleiros, onde são estabelecidos os termos e condições da prestação de cuidados no âmbito da psiquiatria e saúde mental, reabilitação psicossocial e reinserção social. Os acordos abrangem todas as pessoas da Região Autónoma dos Açores com problemas da área da saúde mental, que necessitam de cuidados clínicos, de manutenção e apoio psicossocial.

Da leitura conjugada dos Acordos e do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março, resulta claro que, por força da celebração dos primeiros, aquele Decreto ganha total aplicabilidade aos Institutos Hospitaleiros, na medida em que se encontra verificada a previsão normativa elencada no artigo 2.º daquele diploma.

Feito que está o enquadramento normativo, cabe agora fazer a devida alusão ao âmbito da presente ação.

As ordens de serviço encontram-se vertidas nas etapas 1 e 18 da distribuição IRS/2018/109:

“Nos termos do Plano de Atividades de 2018, homologado por despacho de Sua Excelência o Senhor Secretário Regional da Saúde, de 26 de janeiro de 2018, determino a abertura do processo de auditoria e o início da ação inspetiva ordinária, nos termos do artigo 17.º e seguintes do Regulamento de Procedimentos da IReS, tendo por objetivo verificar o funcionamento, organização, prestação de cuidados de saúde mental e de psiquiatria no âmbito dos acordos de cooperação celebrados com a Secretaria Regional da Saúde ao abrigo do DLR n.º 5/2007/A, de 9 de março.

(...)”.

Nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 12.º dos Acordos de Cooperação, as unidades prestadoras de cuidados de saúde do Instituto podem ser sujeitas a auditorias técnicas e financeiras pelos serviços competentes da SReS, devendo tais unidades facultar o acesso às instalações e/ou documentação tida por pertinente pela equipa auditora, para efeitos de auditoria ao funcionamento, organização e prestação de cuidados de saúde, o que, como já ficou referido,

cabe à DRS, por força do disposto no artigo 4.º do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março.

O objeto da ação encontrava-se, numa fase inicial, configurado com substancial abrangência, pelo que se entendeu por pertinente reformular/delimitar nos termos que se seguem:

“a) A auditoria tem por objeto a verificação do cumprimento do acordo de cooperação celebrado entre a Secretaria Regional da Saúde e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus- Casa do Santo Espírito (ilha Terceira) no que respeita: à referenciação e admissão dos utentes, modalidades assistenciais, organização do processo e espólio dos utentes, sem prejuízo da verificação pontual de outros aspetos correlacionados com estes e que se venham a mostrar relevantes no âmbito da ação.

b) A auditoria deverá incidir sobre as atividades desenvolvidas no ano 2017, salvo necessidade de outras verificações pontuais anteriores/posteriores.”.

OBJETIVOS

As ações de auditoria visam a verificação de determinados atos ou operações tendentes a analisar a conformidade dos mesmos com determinadas regras, normas ou objetivos, através da observância de certos princípios, métodos e técnicas geralmente aceites, com vista à emissão de uma opinião ou parecer.

A presente ação pretende, como já foi anteriormente referido, “*verificar o funcionamento, organização, prestação de cuidados de saúde mental e de psiquiatria no âmbito dos acordos de cooperação celebrados com a Secretaria Regional de Saúde ao abrigo do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março*”.

A partir desta estruturação, a ação circunscreveu-se à verificação da organização e funcionamento da Casa de Saúde do Espírito Santo (CSES) como uma forma de sindicar a prestação de cuidados de saúde mental no âmbito dos termos e condições acordadas com a Secretaria Regional de Saúde. Aqui, cumpre notar que incumbe à Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental, doravante designada por Comissão de Saúde Mental (CSM), proceder à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde mental prestados na Região, nos termos previstos na alínea e) do artigo 12.º do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março.

Com a leitura deste relatório espera-se que as partes interessadas fiquem a conhecer a organização e funcionamento da entidade auditada e o nível de cumprimento do Acordo de Cooperação celebrado com a Secretaria Regional da Saúde.

METODOLOGIA

A presente auditoria observou os princípios, métodos e técnicas geralmente aceites, bem como os procedimentos implementados na IReS.

O desenvolvimento dos trabalhos da auditoria compreendeu as fases de planeamento, execução e relato.

Na fase de **planeamento** da ação foram solicitados elementos à Direção Regional da Saúde e à Saudaçor, S.A.

Relativamente às obrigações da SReS que decorrem do referido Acordo de Cooperação (n.º 1 da cláusula 11.^a), foram prestados alguns esclarecimentos e disponibilizados os resultados de uma monitorização perfunctória, em particular ao nível do movimento assistencial das instituições, tendo-se observado que não foram considerados os dados financeiros; a informação anual dos recursos humanos afetos a cada uma das modalidades de assistência de prestação de cuidados; a informação financeira anual e o plano de investimentos necessários ao cumprimento integral da monitorização e avaliação estipulada na alínea c) do n.º 1 da referida cláusula.

No que concerne à obrigação de emissão de diretrizes e orientações respeitantes à organização e exercício das atividades das unidades prestadoras de cuidados do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), desconhece este serviço inspetivo a existência de tais diretrizes e orientações, apesar das mesmas terem sido solicitadas.

Por outro lado, considerando as competências e obrigações da CSM, foi ainda solicitado no âmbito do planeamento, através da DRS, um conjunto de informações/elementos, nomeadamente, a proposta de protocolo de ordem técnico-científica, elaborado nos termos da alínea d) do artigo 17.º do DLR n.º 5/2007/A, de 9 de março, bem como a pronúncia do membro do Governo Regional competente em matéria de saúde mental sobre o referido documento; e relatórios, pareceres e/ou outros documentos de avaliação de qualidade dos cuidados em saúde mental prestados na Região, elaborados nos termos da alínea e) do artigo 12.º do mesmo diploma.

Na sequência do pedido de informações e elementos solicitados, a DRS informou que a coordenadora da Comissão de Saúde Mental se havia demitido em 2016 sem que tenham sido

desenvolvidos trabalhos no âmbito daquela Comissão.

Pela sua particular relevância, sublinha-se que a nomeação dos membros cabe ao membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde⁵, apresentando a CSM a seguinte composição⁶:

- a) Um coordenador, designado pelo membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde;
- b) Um representante dos serviços de psiquiatria dos hospitais da Região;
- c) Um representante dos centros de saúde com valências de saúde mental;
- d) Um representante das casas de saúde psiquiátricas masculinas;
- e) Um representante das casas de saúde psiquiátricas femininas;
- f) Um representante da área das toxicodependências/adictologia;
- g) Um representante dos serviços de saúde mental da infância e da adolescência;
- h) Um representante das associações de utentes e familiares dos serviços de saúde mental.

Com efeito, o Despacho n.º 237/2008, de 14 de março, do então Secretário Regional dos Assuntos Sociais, determinou a composição da primeira Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental, tendo a composição daquela Comissão sofrido alterações por força do Despacho n.º 867/2010, de 1 de setembro e do Despacho n.º 1624/2015, de 24 de julho, respetivamente.

No que respeita às suas obrigações, a Comissão deve apresentar ao membro do governo regional com competência em matéria de saúde mental:

- Regulamento interno de funcionamento da Comissão de Saúde Mental sujeito à aprovação pelo membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde;
- Proposta(s) de protocolo(s) de cooperação técnico-científica e de ordem clínica, entre os serviços hospitalares de psiquiatria e as casas de saúde psiquiátricas, e respetivos indicadores de atividade;

⁵ Nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março.

⁶ Vide artigo 13.º do diploma supracitado.

- Proposta(s) de ordem técnico-científica, preconizando as necessárias diferenciação e competências clínicas a prosseguir por cada um dos serviços e instituições que constituem o SRSM, tendo em conta os desafios que lhes são colocados.

Competindo ainda à Comissão:

- Avaliar, por sua iniciativa ou a solicitação do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde, a qualidade dos cuidados em saúde mental prestados na Região;
- Pronunciar-se sobre a criação, modificação ou extinção de qualquer serviço, unidade, valência clínica ou psicossocial na área da saúde mental;
- Propor medidas de coordenação e execução das atividades das instituições e serviços referidos no ponto anterior;
- Colaborar na elaboração do Plano Regional de Saúde, planos setoriais e programas no âmbito da saúde mental;
- Emitir parecer sobre políticas de saúde mental a implementar na Região, por sua iniciativa ou a solicitação do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

Mais se solicitou à DRS, atento o estabelecido no artigo 6.º do DLR n.º 5/2007/A, de 9 de março, identificação de todas as entidades que integram a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RRCCISM)⁷.

De notar que a RRCCISM foi criada no ano de 2016 e considerou a necessidade de concretizar os cuidados na comunidade previstos no artigo 6.º do DLR n.º 5/2007/A, de 9 de março, indo ao encontro das tipologias de unidades e equipas de intervenção recomendadas ao nível nacional e internacional, reconhecendo que os cuidados na comunidade são a pedra basilar dos cuidados de saúde mental inclusivos, promovendo assim o tratamento contínuo em contexto familiar e social, promotor de uma maior integração do indivíduo na sociedade, um dos grandes objetivos do Serviço Regional de Saúde.

⁷ Rede criada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 26/2016/A, de 28 de novembro.

Nesta conformidade, a DRS informou, à data, que a RRCCISM não estava a desenvolver a sua atividade, uma vez que se encontrava em fase de avaliação da situação atual, com vista à realização de diagnóstico da situação e planeamento das unidades e serviços adequados às necessidades dos utentes.

A fase de **execução** da auditoria consistiu, nos termos do artigo 23.º do *Regulamento de Procedimentos da Inspeção Regional de Saúde dos Açores*, na realização do trabalho de campo, aplicando os procedimentos e técnicas constantes dos programas de trabalho previamente definidos.

Os trabalhos de campo, precedidos de comunicação prévia à entidade⁸, decorreram entre os dias 3 e 7 de junho de 2019.

Os procedimentos de auditoria, alinhados com o método, envolveram a aplicação, autónoma e/ou de forma combinada, das seguintes técnicas de auditoria:

- Indagação;
- Observação;
- Inspeção;
- Confirmação;
- Amostragem.

Os trabalhos de campo da presente ação decorreram normalmente, salientando-se o esforço manifestado por todos os colaboradores do IIHSCJ/CSES, no sentido de ser disponibilizada tempestivamente toda a informação solicitada, merecendo especial referência a colaboração, zelo e organização revelados pelo Diretor-Gerente.

Pesam, em contrário, alguns condicionalismos verificados no decorrer da visita inspetiva, ao nível da apreciação *in loco* dos elementos constantes dos processos individuais dos utentes, que relegaram a sua análise para momento ulterior.

⁸ Nos termos do artigo 22.º do *Regulamento dos Procedimentos da Inspeção Regional de Saúde dos Açores*.

CONTRADITÓRIO

Em conformidade com o disposto no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 276/2007, de 31 de julho (aplicável à Região Autónoma dos Açores, por força do Decreto Legislativo Regional n.º 40/2012/A, de 8 de outubro), e no artigo 24.º do Regulamento dos Procedimentos da Inspeção Regional da Saúde (aprovado pelo Despacho n.º 1227/2011, de 25 de novembro), por despacho da Senhora Inspectora Regional datado de 21 de outubro de 2019, o projeto de relatório foi remetido às seguintes entidades:

- a) À entidade auditada para, querendo, no prazo de 15 dias úteis se pronunciar por escrito sobre o respetivo conteúdo, podendo juntar documentos ou requerer diligências complementares;
- b) Ao Conselho de Administração da Saudaçor, S.A. para, querendo, no prazo de 15 dias úteis se pronunciar por escrito sobre a matéria do projeto de relatório que respeita ao financiamento, faturação e acordo de pagamento celebrado com o Instituto da Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), podendo juntar documentos ou requerer diligências complementares;
- c) Ao Conselho de Administração do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER (HSEIT) para, querendo, no prazo de 15 dias úteis se pronunciar por escrito sobre a matéria do projeto de relatório no que respeita ao financiamento, faturação e acordo de pagamento ao IIHSCJ, às referências hospitalares realizadas pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSEIT para a Casa de Saúde do Santo Espírito (CSES) e quanto à acumulação de funções da Diretora Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSEIT com as funções de Diretora Clínica na CSES, podendo juntar documentos ou requerer diligências complementares;
- d) À médica psiquiatra, Dra. M.M para querendo, no prazo de 15 dias úteis, se pronunciar sobre a matéria do projeto de relatório que respeita à acumulação de funções de Diretora Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSEIT com as funções de Diretora Clínica na CSES, podendo juntar documentos ou requerer diligências complementares.

A entidade auditada e os visados exerceram o direito ao contraditório, à exceção da Saudaçor, S.A..

As alegações apresentadas foram tidas em consideração e constam em anexo ao presente Relatório. A equipa inspetiva entendeu, após análise às alegações apresentadas, proceder a alguns esclarecimentos em pontos tidos por pertinentes, constando os mesmos *em texto e/ou letra itálico, de cor diferente*, de forma sucinta.

ACORDO DE COOPERAÇÃO ENTRE A SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E O INSTITUTO DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS

Considerando as necessidades específicas de prestação de serviços de promoção e assistência de saúde, no âmbito da psiquiatria e saúde mental, da reabilitação psicossocial e reinserção social e a importância dos Institutos Hospitaleiros, na realização dos objetivos de interesse público que se orientam para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doentes do foro da saúde mental e psiquiátrica, foi celebrado, no dia 5 de julho de 2012, um acordo de cooperação entre a Secretaria Regional da Saúde e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

O Acordo de Cooperação n.º 72/2012, de 5 de julho, tinha a duração de 12 meses a contar da data da assinatura, considerando-se automática e sucessivamente renovado (salvo denúncia de qualquer das partes) e visava criar as condições para a intervenção da Instituição, dirigida a todas as pessoas da Região Autónoma dos Açores (RAA) com problemas da área da saúde mental, que necessitassem de cuidados clínicos, de manutenção e de apoio psicossocial contemplando, em harmonia com o disposto no Decreto Legislativo Regional n.º 5/2007/A, de 9 de março, as três vertentes fundamentais do processo terapêutico (farmacoterapia, psicoterapia, reabilitação psicossocial).

No decurso do primeiro ano de vigência não houve lugar à operacionalização consagrada na cláusula 21.ª do citado Acordo, que previa a constituição de um grupo de trabalho com representantes das Casas da Saúde, da SReS, da Saudaçor S.A. e dos Cuidados Primários e Hospitalares, para avaliação e reestruturação das modalidades de assistência, no sentido de privilegiar a assistência em ambulatório e na comunidade, bem como para eventual alteração de preços resultantes daquela avaliação e reestruturação, os quais seriam diferenciados por modalidade assistencial (para os efeitos previstos na cláusula 14.ª).

Aquele acordo vigora atualmente, não tendo sido objeto de qualquer revisão nos termos da sua cláusula 18.ª, i.e., “sempre que circunstâncias supervenientes e imprevisíveis possam implicar alteração ao seu clausulado, devendo essa alteração constar de documento escrito (adenda) aceite por ambos os outorgantes.”.

Nele estão definidos os termos e as condições em que “(...) O Instituto Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus através da (...) Casa de Saúde do Espírito Santo (Terceira), presta cuidados no âmbito da psiquiatria e saúde mental, da reabilitação psicossocial e reinserção social

e; (...) [a] SReS, através da Direção Regional da Saúde (DRS) e da Saudaçor, S.A. presta apoio técnico para o desenvolvimento dos cuidados referidos e a respetiva contrapartida financeira.”, procurando seguir as orientações do PRSM.

As modalidades de assistência abrangidas pelo Acordo são⁹:

- a. Internamento de curta duração de psiquiatria - período de internamento com previsibilidade inferior a 30 dias consecutivos;
- b. Internamento de média duração de psiquiatria - período de internamento com previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos;
- c. Internamento de longa duração de psiquiatria - período de internamento com previsibilidade superior a 90 dias consecutivos;
- d. Área de dia - infraestrutura que se destina a pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio e que se orientam para atividades ocupacionais, de socialização e de reabilitação;
- e. Equipas de saúde mental de apoio domiciliário em articulação com as Unidades de Saúde de Ilha, da respetiva área de abrangência – unidade(s) móvel(eis) de apoio domiciliário nas vertentes da promoção da saúde mental, da prevenção e tratamento da doença mental, da redução de danos inerentes à doença e da reinserção na comunidade, orientando-se para o acompanhamento pós-alta das unidades prestadoras de cuidados do IIHSCJ;
- f. Serviços de reabilitação psicossocial – organização de projetos e programas de atividades nas vertentes residencial, ocupacional e de treino de competências com vista à reabilitação da pessoa.

⁹ Vide cláusulas 4.^a, 7.^a, 8.^a, 9.^a e 10.^a do Acordo de Cooperação n.º 72/2012, de 5 de julho, disponível em <https://jo.azores.gov.pt/api/public/ato/a6f826b1-3005-48e3-b2ba-8770b21081b1/pdfOriginal>.

ENTIDADE AUDITADA



CASA DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Natureza

A Casa de Saúde do Espírito Santo (CSES), localizada na ilha Terceira¹⁰, Açores, foi fundada em 1966 e consiste num dos doze (12) centros assistenciais de que é proprietária a Província Portuguesa da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Trata-se, pois, de um estabelecimento de saúde, sem personalidade jurídica, que é dirigido pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), e que goza dos direitos e benefícios atribuídos às Instituição Particulares de Solidariedade Social (IPSS) pelo ordenamento jurídico português.

O estabelecimento de saúde é de confissão católica, sem fins lucrativos¹¹.

O IIHSCJ, sediado em Lisboa, é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) com fins de saúde, constituída estatutariamente¹² como fundação de solidariedade social e dotada de personalidade jurídica civil e canónica, devidamente registada.

A instituição foi criada e é dirigida pela Província Portuguesa da Congregação de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, desenvolvendo a sua ação, preferencialmente, no âmbito da saúde mental e psiquiatria.

¹⁰ Rua Dr. Aníbal Bettencourt, 251, 9700-240 Angra do Heroísmo.

¹¹ Artigo 2.º do Regulamento Interno Geral.

¹² Estatutos aprovados e registados nos termos do Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, na sua redação atual e legislação conexa.

Organização e funcionamento

O Regulamento Interno Geral do Instituto, genérico, aprovado pela Direção-Geral da Saúde, estabelece as diretivas e normas gerais que definem as grandes linhas de organização e funcionamento aplicáveis a todos os Estabelecimentos geridos pelo Instituto.

O Instituto tem personalidade jurídica civil, mas os estabelecimentos que dirige não a possuem, *de per si*.

A representação legal do Instituto e o exercício da correspondente capacidade jurídica e de ação competem à Presidente e, na sua ausência e impedimentos, às pessoas designadas para o efeito no Estatuto e nas condições previstas no mesmo.

A Direção do Instituto é constituída pela Superiora Provincial, pelas 1ª e 2ª Conselheiras, pela Económa e pela Secretária designadas pela Província Portuguesa da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, desempenhando a Superiora o cargo de Presidente, a 1ª e 2ª Conselheiras, respetivamente, os cargos de Vice-Presidente e Vogal, a Económa o cargo de Tesoureira e a Secretária o cargo de Secretária.

Este órgão superior de gestão e representação de todos os Estabelecimentos situados em território português constituirá seu/sua procurador(a) o(a) Diretor(a) que nomear para cada Estabelecimento de Saúde, ao qual, dentro dos poderes que lhe forem conferidos por procuração, competirá dirigir o Estabelecimento no respeitante à sua gestão corrente.

Em cada Estabelecimento existe uma representante da Congregação que assume o cargo de Diretora. É nomeada pela Direção do Instituto sendo responsável, perante a mesma, pela gestão e administração do Estabelecimento.

Nos estabelecimentos de maior complexidade a Direção do Instituto poderá nomear um(a) Diretor(a) Gerente que assumirá, em regime de comissão de serviço, a gestão corrente do Estabelecimento.

No exercício das funções de administração e gestão, compete à Direção do Estabelecimento:

- Coordenar e supervisionar os diferentes departamentos do Estabelecimento;

- Cumprir e fazer cumprir: a) as normas internas da Congregação; b) a legislação estatal vigente que afete diretamente o Estabelecimento; c) as normas internas previstas no Regulamento Interno Geral; d) as orientações dos órgãos superiores e, em concreto, da Direção do Instituto;
- Programar e avaliar anualmente as funções do Estabelecimento;
- Contratar o pessoal do Estabelecimento previsto no quadro aprovado para o efeito;
- Presidir e dirigir as reuniões do Conselho de Direção do Estabelecimento (um dos órgãos consultivos);
- Propor à aprovação da Direção do Instituto, após parecer do Conselho de Direção, o Regulamento Interno do Estabelecimento;
- Propor à Direção do Instituto a criação, remodelação ou encerramento de Serviços do Estabelecimento, após parecer do Conselho de Direção.

Em cada Estabelecimento haverá um(a) Diretor(a) Clínico(a), nomeado(a) pela Presidente do Instituto, que desempenha as seguintes funções:

- A representação clínica do Estabelecimento;
- Presidir às reuniões do Conselho Técnico Local (órgão consultivo, assessor da Direção Clínica);
- Coordenar, avaliar e responder sobre o funcionamento dos serviços assistenciais do Estabelecimento, propondo, caso a caso, as medidas necessárias para o melhor funcionamento dos referidos serviços;
- Apresentar à Direção o programa de intervenção anual da área clínica;
- Requerer à Direção a admissão de pessoal médico para o Estabelecimento e participar no seu processo de seleção;
- Avaliar a qualidade assistencial assim como a organização e controle dos estudos que corresponda desenvolver ao pessoal médico;
- Dar parecer sobre as reclamações respeitantes às atividades do pessoal médico;
- Promover e dirigir reuniões periódicas do corpo clínico;

- Fazer parte do Conselho de Direção do Estabelecimento;
- Dar parecer sobre estágios de clínicos não pertencentes ao quadro do Estabelecimento.

A Direção de Enfermagem, igualmente nomeada pela Presidente, assume as seguintes funções:

- Direção e coordenação dos serviços e do pessoal de enfermagem e estruturas afins, assim como a avaliação dos resultados obtidos;
- Elaboração do programa e relatórios anuais da Direção de Enfermagem;
- Sugerir e participar na seleção do pessoal de sua direção;
- Fazer parte do Conselho de Direção do Estabelecimento, assim como do Conselho Técnico Local;
- Coordenar os estágios de enfermagem que se realizem no estabelecimento;
- Promover e avaliar a qualidade das atividades assistenciais desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem.

À semelhança dos restantes cargos de direção, o(a) Diretor(a) Administrativo(a) também é nomeado pela Presidente e desempenha as seguintes funções:

- A direção, coordenação e avaliação dos serviços administrativos, assim como a gestão económica do Estabelecimento;
- O acompanhamento da concretização do orçamento;
- Dirigir os Serviços Gerais e de Recursos Humanos quando não existam chefias específicas destas áreas;
- Participar na seleção do pessoal administrativo do Estabelecimento e proporcionar às outras direções a infraestrutura administrativa necessária para o seu funcionamento;
- Assumir as funções solicitadas pela Direção do Estabelecimento.

Cada estabelecimento do Instituto está organizado em termos funcionais segundo as várias Direções, Serviços e Unidades.

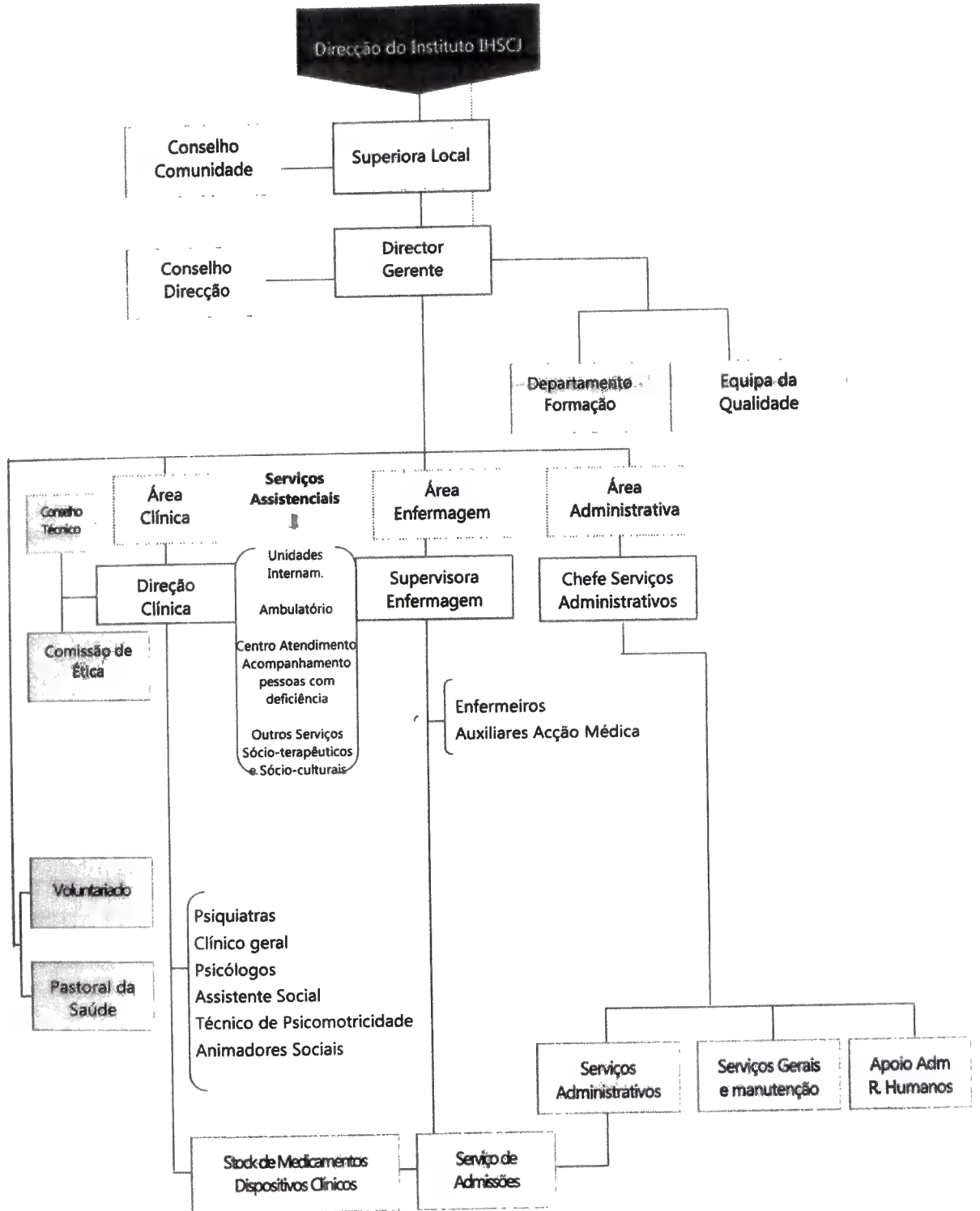
A Casa de Saúde do Espírito Santo desenvolveu o seu Regulamento Funcional¹³, que incorpora um conjunto de normas funcionais a observar, procurando assim garantir níveis adequados de qualidade de serviço que satisfaçam os interesses dos utentes. Pretende-se que aquelas normas sejam entendidas como regras mínimas, constituindo-se como um padrão e orientação para a organização do trabalho dos profissionais envolvidos.

Nele se encontram estabelecidos, entre outros aspetos, os objetivos imediatos da CSES, no desenvolvimento da sua missão, o modelo e competências das suas administração e direção técnica, as normas de organização e funcionamento do estabelecimento.

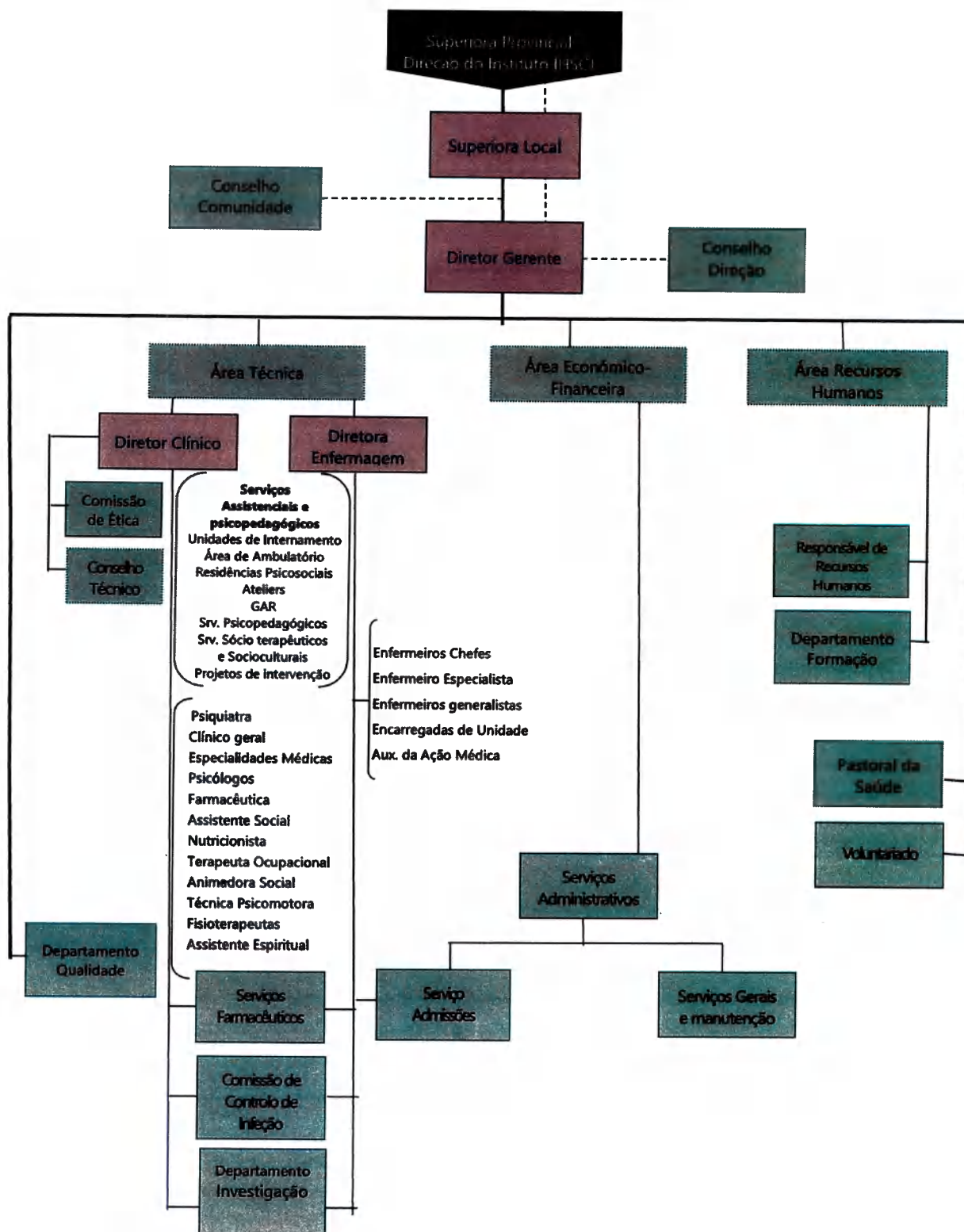
O Regulamento Funcional da Casa de Saúde do Espírito Santo contém um gráfico que procura representar a estrutura formal organizacional.

¹³ Aprovado pela Direção do Instituto – junho 2012.

Organigrama



Segundo o Diretor-Gerente, o Regulamento Funcional Interno encontra-se atualmente desatualizado. A própria estrutura organizacional tem sofrido algumas mutações, tendo sido entregue pelo Diretor o organograma que se apresenta de seguida.



A gestão, organização e funcionamento da CSES realiza-se segundo instrumentos de gestão¹⁴ definidos pelo Instituto, que permitem definir, acompanhar e avaliar a *performance* de gestão e dos serviços deste estabelecimento de saúde. Os documentos de planificação e gestão (Plano de Gestão) e os correspondentes relatórios anuais integram o leque desses instrumentos.

No Plano de Gestão de 2017 foi possível observar:

- Uma estratégia de planeamento, assente num diagnóstico SWOT;
- Uma avaliação do exercício anterior;
- Enumeração das prioridades a satisfazer;
- Uma programação, por linhas de ação, incluindo uma descrição dos objetivos, indicadores de medidas, responsáveis e metas;
- Uma previsão da atividade formativa;
- A definição de objetivos e metas dos indicadores do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ);
- Um orçamento anual e um plano de investimentos.
- Uma previsão da atividade assistencial (incluindo um quadro previsional de lotação e de recursos humanos);

Quadro previsional de lotação

	Psiquiatria			Psicogeriatria	Deficiência Mental
	Curto Internamento	Médio Internamento	Longo Internamento		
Lugares	7	10	9	102	32

¹⁴ Artigo 11.º do Regulamento Funcional Interno.

Quadro previsional de recursos humanos

Categoria	Efetivos		Prestadores de serviços	Total
	Tempo Inteiro	Tempo Parcial		
Médicos Psiquiatras		1		1
Médicos de Clínica Geral			2	2
Médicos de outras especialidades				0
Farmacêutico/Técnico diagnóstico	1			1
Enfermeiros	4	4	18	26
Psicólogos	2			2
Assistente Social	2			2
Téc. Psicomotricidade				0
Terapeutas Ocupacionais	1			1
Fisioterapeuta				0
Terapeuta da Fala				0
Higienista Oral				0
Animador Social	1			1
Monitoras	5			5
Ajudante de Enfermaria/ASG	37			37
Outro Pessoal Assistencial	5		1	6
Total Assistencial	58	5	21	84
Diretivos	4			4
Administrativos	8		1	9
Manutenção/Jardineiro	1		1	2
Limpeza	1			1
Lavandaria/Rouparia	4			4
Restauração				0
Motorista/Encarregado Geral de Manutenção	1			1
Outro Pessoal não Assistencial	5			5
Total não Assistencial	24	0	2	26
Total	82	5	23	110

O IIHSCJ dispõe ainda de um Manual da Qualidade, aprovado pela Direção do Instituto, que define os âmbitos da aplicação das atividades dos estabelecimentos de saúde do Instituto ao nível da gestão da qualidade. O Manual constitui o suporte documental do Processo de Qualidade da Instituição, que integra competências, atribuições, funções e procedimentos que asseguram o cumprimento do conjunto de requisitos estabelecidos para o SGQ.

A Direção do Instituto delega num dos seus membros a Direção de Qualidade do IIHSCJ e nomeia como Administrador da Qualidade de cada estabelecimento de saúde o respetivo Diretor-Gerente. Em todos os estabelecimentos é designada pela Direção dos mesmos, o Gestor de Qualidade.

Serviços de internamento

A Casa de Saúde do Espírito Santo tem uma lotação total para internamento de 160 lugares, dos quais 146 se encontram afetos às obrigações decorrentes do Acordo de Cooperação. Esses lugares estão distribuídos da seguinte forma: 7 lugares para internamento de curta duração; 10 lugares para internamento de média duração e 129 lugares para internamento de longa duração. Os 14 lugares remanescentes destinam-se a outros subsistemas de saúde, como por exemplo a ADSE, o IASFA e outros privados, estes em menor número.

O Estabelecimento de saúde dispõe de 4 unidades de internamento e funciona de modo contínuo e ininterrupto, durante 24 horas por dia, 365 dias por ano.

As unidades de internamento dividem-se pelas seguintes áreas¹⁵:

- Psiquiatria (curto, médio e longo internamento);
- Psicogeriatrics e gerontopsiquiatria;
- Deficiência mental grave e moderada.

Cada unidade de internamento segue um Plano Anual onde são apresentados diagnósticos e planificações de ações, incluindo ainda um breve enquadramento geral da unidade.

A Unidade de S. João de Deus (Unidade 1) tem uma lotação máxima de 43 utentes e é composta por um quarto de observação, nove enfermarias com três camas, duas enfermarias de

¹⁵ De acordo com a alínea a) do n.º 1 do artigo 19.º do Regulamento Funcional Interno da CSES.

quatro camas, dois quartos individuais, seis quartos de arrumos, uma sala de trabalhos, um gabinete de atendimento médico e de enfermagem e três WC. A unidade está repartida por:

- sete camas para curto internamento (agudos);
- nove camas para psiquiatria de longo internamento;
- dezassete camas para psicogeriatría de apoio mínimo de longo internamento;
- dez camas na unidade de treino, destinadas a utentes com possibilidade de ingresso na comunidade, com programa de treino de competências nas atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais da vida diária, servindo esta valência de apoio à unidade de agudos.

A Unidade do Sagrado Coração de Jesus (Unidade 2) tem uma lotação máxima de 38 camas e caracteriza-se por ser uma unidade de resposta ao longo internamento. É composta por três quartos individuais, nove enfermarias com três camas, duas enfermarias de quatro camas, um refeitório, uma copa, duas salas de estar, uma zona suja, uma rouparia, dois quartos de arrumos, uma sala de trabalhos, um gabinete de enfermagem e dois WC.

A Unidade de São Bento Menni (Unidade 4) tem uma lotação máxima de 47 camas e caracteriza-se por ser uma unidade de resposta ao longo internamento (psicogeriatría). Acolhe utentes com uma média superior aos 80 anos de idade, com patologias do foro psiquiátrico diversificadas, sendo predominante a demência. A unidade é composta por dois quartos individuais, quinze enfermarias com três camas, um refeitório, uma copa, duas salas de estar, uma zona suja, uma rouparia, dois quartos de arrumos, nove WC e um gabinete de enfermagem.

A Unidade de São José (Unidade 3) tem uma lotação máxima de 32 camas e caracteriza-se por ser uma unidade de resposta à Deficiência Intelectual em regime de longo internamento. A unidade é composta por três quartos individuais, sete enfermarias com três camas, duas enfermarias com quatro camas, um gabinete de enfermagem, um refeitório, uma copa, duas salas de estar, uma zona suja, duas rouparias, um quarto de arrumos, duas casas de banho e um WC para colaboradores.

A atividade desenvolvida nas quatro unidades de internamento rege-se pelo Regulamento Funcional Interno, onde se encontram descritas as funções e responsabilidades de alguns grupos profissionais (pessoal médico, enfermeiro chefe de unidade, entre outros).

Ao nível do acompanhamento médico, *compete aos médicos que desempenham funções na área de clínica geral ou de outra especialidade não psiquiátrica, (...) o exercício de todos os atos médicos necessários e suficientes ao nível do diagnóstico, terapêutico e prognóstico, adequados aos utentes de acordo com as boas práticas clínicas em uso no momento, que garantam o melhor controlo possível da situação física e psíquica.*

À médica psiquiatra o exercício de todos os atos médicos necessários e suficientes ao nível do diagnóstico, terapêutico e prognóstico, adequados aos utentes de acordo com as boas práticas clínicas em uso no momento; procedendo ao registo clínico de todos os elementos que certifiquem os atos médicos executados.

Além das funções designadas para o cargo no Regulamento Geral do Instituto, compete ao Diretor Clínico da CSES, de acordo com o artigo 13.º do Regulamento Funcional Interno, definir protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes.

As Unidades 1 e 3 são assistidas pelo Dr. A.R. (médico) às segundas, quartas e sextas-feiras, no período da manhã (das 09h00 às 12h00), enquanto que as Unidades 2 e 4 são acompanhadas pelo Dr. S.F. (médico) de segunda a sexta-feira durante o mesmo período da manhã.

A médica especialista da CSES - a Dr.^a M.M. - exerce as funções de Diretora Clínica e está presente às segundas, quartas e sextas-feiras no período da manhã e quintas-feiras no período da tarde. A este propósito a médica psiquiatra referiu que a supervisão da CSES se encontra assegurada nas suas ausências, assumindo a responsabilidade por qualquer situação que ocorra. Esclareceu que, mesmo que se encontrasse de urgência no HSEIT, deslocar-se-ia à CSES e caso, estivesse ausente, a Dr. R.A. substituiria-a, no âmbito de um acordo informal entre as duas médicas.

A Dr. M.M., reconhece que a situação não é ideal, uma vez que as casas de saúde beneficiariam com um psiquiatra a tempo inteiro, ainda assim, entende que consegue prestar um atendimento personalizado às utentes da CSES.

Por cada unidade de internamento há um enfermeiro responsável designado.

Nos termos do Regulamento Funcional Interno, compete ao enfermeiro chefe de unidade, entre outras:

- a) Cumprir e fazer cumprir as metas e objetivos a atingir pela Unidade;

- b) Cumprir e fazer cumprir os princípios das boas práticas de enfermagem;
- c) Elaborar a proposta do Plano Anual da Unidade que chefia e respetivo Relatório;
- d) Responsabilizar-se pelas escalas, horários e ausências planeadas assim como pelo seu cumprimento;
- e) Participar na implementação de programas/processos de qualidade institucional;
- f) Promover um ambiente de colaboração e entendimento entre os técnicos da Unidade;
- g) Constituir-se o primeiro contacto nas situações de resolução ou participação de ocorrências na Unidade;
- h) Facilitar a crescente participação dos utentes e seus familiares no desenvolvimento das atividades da Unidade;
- i) Participar e integrar as equipas interdisciplinares, contribuindo para os programas individuais de intervenção;
- j) Participar na articulação e na conjugação de esforços com as entidades da comunidade que possam contribuir para a promoção da saúde mental da população assistida;
- k) Orientar a atividade das ajudantes de enfermaria na Unidade.

Além disso, é o enfermeiro responsável que procede às requisições do serviço de refeições da sua Unidade.

As unidades de internamento asseguram, no funcionamento dos seus serviços, a presença física e permanente do pessoal de enfermagem. No turno da manhã (08h00-16h00) aquelas unidades de internamento contam com a presença física de dois enfermeiros por unidade; no turno da tarde (16h00-20h00), de um enfermeiro por unidade e no turno da noite (20h00-08h00) de 1 enfermeiro por cada duas unidades (maioritariamente prestadores de serviços).

Perante a ausência de evidência, no Regulamento Funcional Interno, das funções e responsabilidades dos enfermeiros, veio a Diretora de Enfermagem, em regime de substituição, esclarecer que as funções do enfermeiro na CSES centram-se, entre outras, na gestão e manutenção do tratamento farmacológico. A administração de medicação e o registo desse ato ficam sob a responsabilidade daqueles profissionais. Ademais, os enfermeiros reencaminham os

pedidos de alteração terapêutica para os serviços farmacêuticos da CSES e fazem a triagem para a consulta de medicina geral e/ou de psiquiatria.

Relativamente a situações de emergência, a CSES dispõe de um procedimento interno sobre prevenção e monitorização de comportamentos da esfera suicidária. Este procedimento inclui a identificação e avaliação do risco relativo àqueles comportamentos; medidas de mitigação de risco e medidas a adotar em situações ocorridas.

Nas unidades de internamento é promovida uma monitorização quadrimestral de quedas, infeções, risco de suicídio e úlceras.

A CSES tem em sua posse todas as notificações de incidentes e eventos adversos referentes ao ano de 2017, tendo-se verificado as seguintes ocorrências:

Data	Descrição do incidente
19/10/2017	"A utente estava a ser encaminhada para a sala de convívio com as colaboradoras e troçou, fazendo rotação do MIE sobre si mesmo e caiu no chão. Aparentemente com fratura do colo do fémur. Quando questionada referiu muita dor e o membro encontrava-se muito edemaciado."
16/10/2017	"A utente A. L. referiu ter em cofre no gabinete de enfermagem 50 euros quando verificado não se encontrava o dinheiro. Registado em notas de entrada a quantia que a utente referia. Não foi encontrada a folha de registo de pertences assim como a de movimento de valores no processo clínico físico da utente"
23/07/2017	"Quando do levantar para os cuidados de higiene e após baixar a grade da cama pela colaboradora F.C. e Enf. C., a utente deu uma volta brusca na cama que caiu ao chão sem que os colaboradores presentes tivessem tempo de prevenir a queda da qual resultaram 3 contusões na zona da cabeça. Utente não perdeu a consciência e foi encaminhado pelos bombeiros ao SU onde foi suturada pelo médico assistente. não apresentou sinais de fratura. Regressou do hospital"

	pelas 11h com indicação para retirar pontos em dia agendado pelo médico. Família foi informada"
22/07/2017	"A utente encontrava-se dentro do refeitório a deambular como é habitual na hora da refeição. Uma outra utente devido às suas alterações comportamentais atirou com gelatina ao chão o que provocou a queda da utente tendo feito um pequeno traumatismo no nariz. Por suspeita de possível fratura foi enviada ao SU que após a realização de RX não revelou qq. fratura tendo regressado com indicação para aplicação de gelo."
11/06/2017	"A colaboradora C.B., na transferência da utente em cadeira de rodas da sala para o quarto, a utente apresentou um movimento brusco que não deu tempo à colaboradora para impedir a queda, desequilibrando-se para a frente caindo no chão tendo feito uma pequena escoriação e sem perda de consciência."
05/02/2017	"Segundo Colaboradora Sr. ^a M.J.A., a utente conseguiu retirar parafuso da janela e do manipulo, no entanto não conseguiu abrir a janela."
29/01/2017	"Estavamos a pagar indevidamente o IMI de uma habitação desta utente de sito na Calheta - São Jorge, incluindo o valor nas despesas correntes de internamento, sem informar o seu TUTOR - Irmão - Sr. J.A.X."
29/01/2017	"A sr ^a I. na deslocação para o quarto sofreu uma queda não tendo sido presenciada, resultando uma ferida incisiva tendo se deslocado ao S.U. ficando com sutura no dorso da mão esquerda com 5 pontos"
23/01/2017	Tentativa de fuga de uma utente em deslocação ao HSEIT

Quanto a este ponto, veio o IIHSCJ dar referência, em matéria de segurança e higiene no trabalho, de *“um único episódio de queda, cujos circunstancialismos foram devidamente apurados”*. Acrescentando que *“[n]o que tange à alegada sinistralidade e medidas de prevenção de quedas, a Casa de saúde não deixando de estar atenta, não se conforme com tal recomendação, pois que, pese embora a existência de 1 (uma) ocorrência seja desejavelmente*

evitável, possui um acervo de regras e boas práticas, algumas delas resultado da certificação da qualidade e que são efetivamente seguidas, como demonstram a adequação às boas práticas constantes nos relatórios de HST e nas auditorias técnicas nesta área.” [sic]

Cabe esclarecer que a equipa inspetiva acedeu às notificações de incidentes e eventos adversos referentes ao ano de 2017, onde se verificou a ocorrência de 5 (cinco) episódios de queda relacionados exclusivamente com a segurança dos utentes e não com aspetos de natureza laboral.

A Diretora de Enfermagem em regime de substituição disse não ter tido conhecimento de comportamentos e de situações de negligência, abusos e maus-tratos, mas clarificou que está definida uma metodologia para a gestão/prevenção dessas situações. Essa metodologia não inclui a possibilidade de denúncia às autoridades competentes, visto que é reportada à Direção, a qual encaminha, se necessário.

Na mesma linha de atuação, as unidades de internamento não gerem as sugestões/reclamações, visto que geralmente é o Diretor-Gerente que assume essa responsabilidade.

A CSES dispõe ainda de um conjunto de serviços de apoio que se encontram diretamente relacionados com as unidades de internamento, tais como: serviços administrativos, gerais e de manutenção e serviços farmacêuticos.

Nessa medida, o apoio administrativo, a limpeza das instalações, o tratamento de roupa são serviços assegurados pelos trabalhadores da CSES. A limpeza da Casa de Saúde é realizada por pessoal interno que procede ao registo da higienização dos espaços.

No decorrer da visita, as instalações encontravam-se devidamente cuidadas, apresentando boa higiene dos espaços e sem odores, sobretudo nas instalações sanitárias.

Atualmente, as refeições são objeto de contratualização externa e são confeccionadas nas instalações da CSES. A empresa contratada - SERUNION - RESTAURANTES DE PORTUGAL, S.A. - designou um responsável pelo serviço de refeições. A Diretora de Enfermagem, em regime de substituição, transmitiu à equipa inspetiva que a ementa é elaborada por um nutricionista que trabalha para aquela empresa.

A flexibilidade nos horários das refeições é reduzida, estando estipulado que os horários das mesmas são os seguintes: 9h00 (pequeno-almoço); 12h00 (almoço); 15h00 (lanche); 18h30

(jantar) e 24h00 (ceia). Na CSES existem ementas de dieta especiais, consoante a situação clínica do utente, bem como possibilidade de aquisição de extras à refeição. Existe ainda a possibilidade de amigos/familiares tomarem refeições com as utentes, embora não seja muito frequente.

Licenciamento/registo

No âmbito do Acordo de Cooperação celebrado, o IIHSCJ presta, através da CSES, cuidados assistenciais ao nível do internamento.

Neste contexto, no decurso da visita inspetiva, foi solicitado à entidade auditada, cópia de licença e /ou registo de abertura e funcionamento do estabelecimento de saúde de propriedade particular (CSES), o que suscitou dúvidas, entre os representantes da CSES presentes, quanto à existência/obrigatoriedade daquele documento.

Por conseguinte, foi solicitada informação à Direção Regional de Saúde sobre o referido estabelecimento de saúde com vista a aquilatar se a entidade auditada respeitava os pressupostos de que depende a abertura, modificação e funcionamento das unidades privadas de saúde (UPS) e bem assim, se a mesma cumpria com os requisitos técnicos a que deve obedecer o exercício da atividade das UPS que disponham de internamento.

A informação remetida pela DRS, atesta em síntese que a entidade auditada foi registada naquele organismo a 29 de junho de 1988 com número 102, ao abrigo da legislação vigente à data¹⁶, declarando a DRS, que não procedeu à realização de qualquer vistoria/auditoria à CSES, após a aceitação do registo com a finalidade de autorizar o seu funcionamento.

Entretanto, com o decorrer do tempo, ocorreram alterações legislativas ao diploma legal que presidiu ao registo da entidade auditada (Portaria n.º 26/87, de 23 de junho), uma vez que o mesmo foi revogado pela Portaria n.º 38/2006, de 4 de maio que, de uma forma geral, manteve os requisitos/pressupostos relativos ao registo e autorização de funcionamento das unidades privadas de saúde¹⁷, tendo, o referido diploma, sido posteriormente, revogado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 17/2013/A, de 14 de outubro, o qual, introduziu algumas alterações significativas, desde logo, estabelecendo o regime jurídico da abertura, modificação e funcionamento das unidades privadas de saúde com ou sem fins lucrativos, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração, na Região Autónoma dos Açores (artigo 1.º), ressalvando, no entanto, no artigo 24.º sob a epígrafe “Unidades privadas de

¹⁶ Conforme Portaria n.º 26/87, de 23 de junho, artigo 3.º - “Os consultórios, os postos de enfermagem e os estabelecimentos de Saúde, de propriedade particular, só poderão prestar cuidados de saúde após registo na Direção Regional de Saúde.”

¹⁷ Conforme Portaria n.º 38/2006, de 4 de maio, n.º 3 “Os locais de trabalho onde pretendam desempenhar a sua atividade carecem também de registo prévio na Direção Regional de Saúde.”

saúde licenciadas” o seguinte:

“1. Desde que não ocorram modificações, nos termos do artigo 13.º, ou até serem objeto de vistoria pela DRS, as licenças de UPS emitidas ao abrigo de legislação anterior mantêm-se válidas.

2. Consideram-se licenciadas ao abrigo de legislação anterior todas as UPS que se encontrem regularmente registadas na DRS.

3. No caso de as UPS serem objeto da vistoria referida no n.º 1, a DRS, após análise, e caso se verifiquem desconformidades, notifica-as para se adaptarem aos requisitos exigíveis ou para a requalificação da unidade, no prazo concedido, nunca inferior a cento e oitenta dias.”.

Assim, no que concerne aos pressupostos de que depende abertura e funcionamento da CSES, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 3.º e n.º 2 do artigo 24.º do supracitado diploma legal, atualmente em vigor, somos levados a concluir que a entidade auditada encontra-se “regularmente” registada ao abrigo de legislação anterior¹⁸.

Contudo, considerando que a entidade auditada dispõe de unidades de internamento no seu estabelecimento, sendo esta, uma das modalidades de assistência abrangidas pelo Acordo de Cooperação n.º 72/2012¹⁹, de 5 de julho, firmado entre a Secretaria Regional da Saúde e o Instituto Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) e, tendo em conta que o referido Instituto tem por objetivo a prestação, sem fins lucrativos, de cuidados de saúde, promoção e proteção da mesma através de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, cuidando de idosos e diminuídos físicos e mentais, principalmente das camadas mais desfavorecidas da população²⁰, prosseguindo esse desiderato, através de casas de saúde de que dispõe, entre as quais, a CSES, está obrigada a observar e cumprir os requisitos mínimos exigidos pela Portaria n.º 290/2012, de 24 setembro (alterada pela Declaração de Retificação n.º 67/2012, de 23 de novembro), relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas que tenham por objeto a prestação de serviços de saúde e que disponham de internamento. Vejamos:

A regulamentação prevista no Decreto Legislativo Regional n.º 17/2013/A, de 14 de outubro é aprovada por portaria do membro do Governo Regional com competência na área da saúde, referindo o artigo 30.º do mencionado diploma legal, quanto à produção de efeitos, que

¹⁸ Conforme Portaria n.º 26/87, de 23 de junho.

¹⁹ Conforme as alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 4.º e artigo 7.º.

²⁰ Conforme artigo 3.º dos Estatutos do IIHSCJ.

os mesmos são imediatos, relativamente aos tipos de unidades privadas de saúde, cujos requisitos técnicos já foram aprovados pela regulamentação nacional, *in casu*, as unidades com internamento.

Na CSES são prestados cuidados assistenciais ao nível do internamento, encontrando-se esta tipologia - Unidades com internamento - regulamentada, através da Portaria n.º 290/2012, de 24 setembro.

Por força do artigo 16.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores (EPARAA), a execução dos atos legislativos no território da Região, no exercício das competências dos órgãos regionais, é assegurada pelo Governo Regional.

Por outro lado, o artigo 59.º do EPARAA, atribui à Assembleia Legislativa Regional competência para legislar em matéria de política de saúde.

Assim, os poderes da Região Autónoma dos Açores, estatutariamente consagrados, abrangem as competências executiva e legislativa dos respetivos órgãos regionais.

As portarias nacionais regulamentadoras das várias tipologias de unidades de saúde aplicam-se nos Açores com as devidas adaptações resultantes das competências executivas regionais.

Compete à Secretaria Regional da Saúde, nos termos da respetiva orgânica aprovada pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2013/A, de 21 de junho, designadamente, assegurar as ações necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde e exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização relativamente às atividades desenvolvidas pelo setor público, privado e social, no domínio da saúde.

A Direção Regional da Saúde, por seu lado, tem competência, designadamente, para executar a política definida para o setor da saúde, orientar o funcionamento das instituições, estabelecimentos e serviços de saúde que integram o Serviço Regional de Saúde (SRS), coordenando a sua atuação, para exercer, nos termos da legislação aplicável, a tutela sobre as atividades privadas desenvolvidas no âmbito do setor, sem prejuízo das competências de fiscalização da Inspeção Regional de Saúde e para licenciar as unidades prestadoras de cuidados de saúde nos setores social e privado, definindo os requisitos técnicos-terapêuticos, e acompanhar o seu funcionamento e cumprimento, em articulação com o SRS.

Assim, é legítimo concluir que as competências de licenciamento e fiscalização atribuídas

[Handwritten signature]
CSSES

por legislação nacional aos organismos e serviços do Ministério da Saúde (MS) são exercidas na Região Autónoma dos Açores pela Secretaria Regional da Saúde através dos seus serviços.

Quanto ao cumprimento dos requisitos mínimos exigidos pela Portaria n.º 290/2012, de 24 setembro para os estabelecimentos de saúde com unidades de internamento, a informação recolhida junto da DRS dá-nos conta, que os recursos humanos afetos à CSES, se encontram devidamente registados naquele organismo, recaindo sobre a Casa de Saúde a obrigação contratual de remeter até setembro de cada ano a listagem de recursos humanos, o que segundo transmitido pela DRS, tem vindo a suceder.

No que tange à observância dos requisitos mínimos referentes à organização e funcionamento previstos na referida Portaria, foi transmitido a este serviço inspetivo que “*Tendo em conta o conhecimento da DRS, sobre as instalações da CSES, a mesma cumpre com os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento.*”.

Ora, sem colocar em causa a boa-fé das declarações prestadas pela DRS, as mesmas não possuem a virtuosidade de substituir a força probatória que é atribuída a um relatório de vistoria, o que, conforme comunicado, nunca sucedeu à CSES.

Referenciação e admissão de utentes

Dispõe a cláusula 5.^a do Acordo de Cooperação que a admissão de utentes do SRS para internamento nas unidades prestadoras de cuidados do IIHSCJ se efetue, exclusivamente (sublinhado nosso), por referenciação hospitalar.

Nessa medida, os utentes do SRS que se apresentem nos serviços das mesmas unidades prestadoras de cuidados em situações clínicas que indiquem necessidade de internamento são encaminhados para o hospital da área de residência a fim de serem avaliados e posteriormente referenciados para internamento nas unidades prestadoras de cuidados.

Não obstante, à CSES não chegam processos de referenciação providos do Hospital da Horta, EPER e do Hospital do Divino Espírito Santo, EPER, visto que, em regra, as utentes admitidas na Casa de Saúde por referenciação hospitalar, passam pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER., onde ficam geralmente pouco tempo, sendo posteriormente referenciadas pelo HSEIT para internamento na CSES.

Nesses casos em que as utentes são referenciadas por via hospitalar, o procedimento tem início com a utilização de modelos de pedidos de consulta, de relatórios médicos ou outros em uso no HSEIT. Não é utilizado um *template* específico de referência hospitalar.

A este respeito, veio o IIHSCJ em sede de contraditório referir que “(...) [n]o que toca à padronização da forma de referência, tal desiderato depende em muito da forma de trabalho e organização de cada entidade hospitalar, da harmonização de regulamentos do setor público e até, na conciliação de regras e critérios que oneram e espartilham a actividade e o acesso e divulgação de dados por parte do IIHSCJ (v.g. o cumprimento do RGPD) e que não são directamente aplicáveis àqueles.”.

Esclarece-se que a recomendação relativa à introdução de melhorias ao nível da articulação com as entidades hospitalares referenciadoras, no sentido de serem adotados circuitos e modelos de referência padronizados, incluindo o acesso, por parte do estabelecimento de saúde (CSES), às cópias das fichas clínicas e de eventuais meios complementares de diagnóstico e terapêutica, teve como pressuposto a desejável relação de cooperação e complementaridade que deve coexistir entre as entidades do Sistema Regional de Saúde Mental – como aliás tem vindo a ser timbre da relação entre o IIHSCJ e a entidade hospitalar -, procurando a criação de condições que permitam o exercício do direito à saúde por parte dos utentes abrangidos pelo Acordo de Cooperação não colocando em causa, naturalmente, todo o acervo jurídico-normativo relacionado com a proteção de dados.

Por norma aquelas referências são entregues pela Diretora Clínica da CSES – a Dr.^a M.M. -, em envelope fechado, no gabinete do responsável pela gestão da lista de referência. Raras são as vezes em que são indicadas nas referências hospitalares as modalidades assistenciais nas quais as utentes deverão ser internadas (curta, média ou longa duração).

As referências hospitalares são realizadas, na sua generalidade, por quatro médicos que exercem funções no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSEIT, a saber:

- Dr.^a M.M.;
- Dr. F.A.;
- Dr. R.L.;
- Dr.^a R.A..

Segundo a Diretora Clínica da CSES, atualmente o Conselho de Administração do HSEIT,

“não tem qualquer noção das referências que chegam à CSES, pois obviamente confiam na Direção do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental”.

A inscrição na lista de referência é efetuada após o preenchimento de uma ficha, por parte do responsável pela gestão daquela lista, que inclui a identificação da utente; o motivo do pedido; a identificação de pessoas próximas da utente; os antecedentes pessoais; os documentos entregues e ainda um campo de observações.

A referência hospitalar é entendida como a proposta de admissão, pelo que a utente que se encontra referenciada por via hospitalar, integra automaticamente a lista de referência.

Em 2017, a Diretora de Enfermagem da CSES era a responsável pela gestão da lista de referência. No entanto, desde finais de 2018, essa responsabilidade foi atribuída a um Assistente Social da CSES, que manifestou alguma preocupação na avaliação dos critérios sociais, considerando que a referência é sobretudo clínica. Segundo o responsável, a informação/avaliação social da unidade hospitalar é parca e por vezes inexistente, o que obriga a um esforço individual por parte daquele, através de solicitação de informação adicional junto dos familiares e de contactos com diversas entidades, procurando compreender o contexto da utente.

Na prática, é o responsável pela lista de referência que, com base nos relatórios médicos e em contactos com diversas entidades, prioriza as utentes na lista de referência em função de uma avaliação dos seguintes critérios:

1. Gravidade e intensidade dos sintomas (urgente ou pouco urgente);
2. Rede de suporte sociofamiliar (presente ou ausente);
3. Sobrecarga do cuidador (presente ou ausente);
4. Data de integração na lista de referência.

As fichas de inscrição na lista de referência e os documentos anexos ficam no gabinete do Assistente Social, num *dossier*, para posterior discussão, aquando da abertura de uma vaga.

No final do ano, os familiares das utentes que integram a lista de referência e que não foram ainda admitidas são contactados, com vista a aferir a manutenção do interesse na integração na lista e a mantê-la devidamente atualizada.

Não há uma decisão de não admissão propriamente dita, havendo apenas utentes que são preteridas em detrimento de outras, tendo em conta os critérios de gestão da lista de referenciação.

Assim, é considerada a avaliação efetuada na priorização/gestão da lista de referenciação, onde se define o grau de gravidade e intensidade dos sintomas:

- Muito urgente - utente que pela gravidade dos sintomas e/ou risco de auto e/ou hétero-agressividade e/ou alteração comportamental, necessite de cuidados de saúde especializados imediatos e/ou vigilância clínica contínua;

- Urgente – utente que pela gravidade dos sintomas e/ou risco de auto e/ou hétero-agressividade e/ou alteração comportamental, necessite de cuidados de saúde especializados e/ou vigilância clínica contínua;

- Pouco urgente – utentes com admissão programada no estabelecimento de saúde para unidade de longo internamento ou estruturas de reabilitação.

Para além da vertente clínica é ainda considerada a vertente social:

- Rede de suporte familiar (presente -1; ausente -0);

- Sobrecarga do cuidador (presente -1; ausente -0).

Só em casos muito semelhantes é utilizada a data de integração na lista de referenciação enquanto critério de “desempate”.

O passo seguinte – a admissão – é precedido de uma reunião informal entre a Diretora Clínica, a Diretora de Enfermagem e o Assistente Social.

Embora o procedimento de admissão esteja previsto nas normas internas de qualidade da CSES, o mesmo não tem grande adesão à realidade da RAA, encontrando-se algo descontextualizado. O procedimento faz referência aos critérios de admissão que constam no Regulamento Funcional Interno, contudo este Regulamento não prevê tais critérios.

Segundo a Diretora Clínica da CSES, o Instituto tem uma abrangência nacional e, como tal, existem casas com uma maior capacidade instalada. Nessas casas, obviamente, são destacados médicos para fazer avaliações com vista a verificar se o doente preenche os critérios e pode, ou não, ficar internado. Na CSES este processo é mais escorreito, devido à maior proximidade relacional entre todos os intervenientes. Tendencialmente, a Diretora Clínica já conhece as

utentes.

Aquando do surgimento de uma vaga, a decisão de admissão advém da reunião informal e, segundo a Diretora Clínica, apesar de se tratar de uma decisão tomada em equipa, é a Diretora quem tem a última palavra. Tal decisão não é registada.

Tendo em conta o que vem sendo mencionado, cumpre referir que a Dr.^a M.M exerce as funções de Diretora Clínica da CSES e as funções de Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSEIT. Cabe perscrutar, pois, se existe alguma incompatibilidade no exercício concomitante de tais cargos.

O n.º 4 do artigo 269.º da Constituição da República Portuguesa consagra o princípio da proibição da acumulação de empregos e cargos públicos com atividades privadas, prescrevendo que “não é permitida a acumulação de empregos ou cargos públicos, salvo nos casos expressamente admitidos por lei”.

Por outro lado, a Lei de Bases da Saúde, no n.º 3 da base XXXI, refere que “aos profissionais dos quadros do Serviço Nacional de Saúde é permitido, sem prejuízo das normas que regulam o regime de trabalho de dedicação exclusiva, exercer a atividade privada, não podendo dela resultar para o Serviço Nacional de Saúde qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários”.

Já o Regime da Carreira Especial Médica - aplicável aos médicos integrados na carreira especial médica cujo vínculo de emprego público seja constituído por contrato de trabalho em funções públicas, nos termos do seu artigo 2.º -, prevê que em matéria de incompatibilidades, impedimentos e exercício de medicina liberal, é aplicável aos médicos integrados na carreira médica o disposto nos artigos 25.º e seguintes da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro (n.º 3 do artigo 35.º do Regime da Carreira Especial Médica), correspondendo aos artigos 19.º a 24.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP).

Este último normativo refere, igualmente, que “as funções públicas são, em regra, exercidas em regime de exclusividade” (artigo 20.º da LTFP). Neste sentido, o exercício de funções públicas não pode ser acumulado com funções ou atividades privadas, exercidas em regime de trabalho autónomo ou subordinado, com ou sem remuneração, concorrentes, similares ou conflituantes com as funções públicas (n.º 1 do artigo 22.º da LTFP). O n.º 2 deste preceito densifica o que se deve considerar como atividades concorrentes, similares ou conflituantes (i.

e., como *atividades incompatíveis*): são aquelas que “(...) tendo conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários”.

A Dr.^a M.M é detentora de um contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, para o exercício de funções próprias da categoria de assistente graduado sénior, da carreira especial médica, cujo conteúdo funcional se encontra descrito no artigo 13.º do Regime da Carreira Especial Médica. Nos termos do seu contrato de trabalho com o HSEIT, a trabalhadora fica sujeita ao período normal de trabalho de 40 horas, sendo que, por força do n.º 2 do artigo 20.º do mesmo regime, tal implica a prestação de até 18 horas de trabalho semanal em serviço de urgência.

Ademais, a Dr.^a M.M foi nomeada Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSEIT a 15/12/2015, nos termos do n.º 2 do artigo 23.º do Regime da Carreira Especial Médica. Segundo a informação fornecida pelo HSEIT, a Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é responsável por assegurar a prestação de cuidados terapêuticos especializados e intensivos na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, e responder às necessidades de cuidados existentes. Além disso, tem de assegurar o tratamento e reabilitação, o fortalecimento do potencial habilitativo do utente, capacitando-o a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, familiar e social. No departamento da qual é diretora de serviço, prestam trabalho, também, Psiquiatras F.A., R.L. e R.A..

A Dr.^a M.M, além de prestar cuidados de saúde em consultório privado, também presta trabalho no IIHSCJ/CSES, em comissão de serviço, para o exercício do cargo de Diretora Clínica da referida casa, competindo-lhe coordenar toda a assistência prestada aos doentes da mesma, assegurar o funcionamento harmónico dos serviços de assistência, garantir a correção e prontidão dos cuidados de saúde, entre outros deveres consagrados no respetivo acordo de comissão. Saliente-se que o horário semanal é de 24h, sujeito a qualquer dos regimes legais possíveis.

Como já referenciado, os internamentos e intervenções terapêuticas são realizadas na CSES em função da referência Hospitalar, no âmbito do Acordo de Cooperação. Neste sentido, constata-se que qualquer médico psiquiatra do HSEIT, pode proceder a referências de utentes para a CSES, incluindo, naturalmente, a Dr.^a M.M. Ora, a acumulação de funções públicas com funções privadas deve obedecer a determinados critérios, não podendo as funções privadas ser incompatíveis com as públicas: mostrar-se-ão incompatíveis quando o conteúdo

funcional for idêntico ao das funções públicas desempenhadas, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários.

Quanto aos destinatários, podemos verificar que, quando a Dr.^a M.M procede a determinada referenciação hospitalar de certo utente para a CSES, é a mesma Dr.^a M.M que na CSES - já enquanto Diretora Clínica -, terá uma palavra a dizer na decisão de admissão desse mesmo utente. Neste sentido, verifica-se uma influência decisória da citada médica em todo o circuito gizado pelo Acordo de Cooperação: tanto no plano hospitalar, num primeiro momento, como no plano assistencial na CSES, num segundo momento – referenciando e admitindo, respetivamente.

No que tange ao horário de trabalho, cumpre referir que o IIHSCJ/CSES refere que “pese embora a existência de Contrato de Trabalho e a escassez de recursos, insiste-se, a Direção Clínica beneficia de Isenção de Horário de Trabalho e desta forma se procura ajustar e adaptar a prestação das tarefas às necessidades dos doentes e à crescente resposta dos Centros Assistenciais”. Em conformidade, no âmbito da gestão do seu horário, a Dr.^a M.M referiu que “vem à CSES quando pode”. Acrescentou, também, que a sua presença na CSES era influenciada por vicissitudes relacionadas com o seu trabalho no HSEIT, dando como exemplo o facto de por vezes ter de ficar a substituir algum colega. Rematou dizendo que “dirige-se para a CSES, a rondar as 9h00 ou 9h30, isto às segundas, quartas e sextas-feiras”. À quinta-feira a Dr.^a M.M “dirige-se à CSES no período da tarde”, referindo que “acaba por fazer meios dias”.

Por fim, no âmbito da colaboração prestada a este serviço inspetivo pelo HSEIT, o mesmo referiu que no processo individual da Dr.^a M.M, não consta nenhum pedido de acumulação de funções. Neste sentido, sendo a Dr.^a M.M portadora de um contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado e prestando trabalho na CSES, deverá a mesma, em conformidade – e na medida em que se lhe aplica o regime dos artigos 19.º a 24.º da LTFP, por força do já citado n.º 3 do artigo 35.º do Regime da Carreira Especial Médica – requerer a acumulação de funções com a atividade que presta na CSES.

Em sede de contraditório, veio a referida médica informar este serviço inspetivo que deu cumprimento à recomendação constante do projeto de relatório tendo formalizado o pedido de autorização para acumulação de funções junto do HSEIT, o qual foi deferido.

No que à concreta lista de referenciação diz respeito, a equipa inspetiva recolheu, no dia 4 de junho de 2019, a citada lista, devidamente atualizada (suporte à construção do quadro *infra*),

tendo recebido indicação, por parte do responsável pela gestão daquela lista, que as linhas assinaladas a cor verde correspondiam a utentes que já haviam sido admitidas.

LISTA DE REFERENCIAÇÃO (4/6/2019)

N.º de posição na lista	Nome da pessoa assistida	Sistema de Saúde	Quem referenciou	Grau de intensidade e gravidade de sintomas	Suporte socio familiar	Sobrecarga do cuidador	Médico	Área de intervenção	Data de integração na lista
1	M.E.M.S.M.C.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	02/01/2019
2	M.F.P.	ADSE	M.L.S.	Urgente	Sim	Sim	Internamento no HSEIT - Dr. R. V.	Longo internamento	04/01/2019
3	M.S.V.T.	SRS	USI Flores	Urgente	Não	Sim	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Longo internamento	15/01/2019
4	A.D.F.	SRS	Centro Saúde da Praia da Vitória	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Longo internamento	15/01/2019
5	S.P.S.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr. F.A. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	16/01/2019
6	M.A.P.C.I	SRS	A.L.C.I.P.	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª R.A. - Psiquiatria - Consulta Externa	Longo internamento	16/01/2019

Handwritten signatures and initials:
Santos
Santos

N.º de posição na lista	Nome da pessoa assistida	Sistema de Saúde	Quem referenciou	Grau de intensidade e gravidade de sintomas	Suporte socio familiar	Sobrecarga do cuidador	Médico	Área de intervenção	Data de integração na lista
7	M.L.M.L	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Longo internamento	16/01/2019
8	L.M.O.M.C.	ADSE	Dr.ª P.P. - Vital Clínica	Pouco Urgente		Sim	Dr. P.P. - Neurologista	Longo internamento	16/01/2019
9	L.F.F	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Pouco Urgente	Não	Não	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	16/01/2019
10	L.C.A.R.V.	SRS	USI São Jorge	Urgente		Sim	Dr. A.S.	Curto internamento	16/01/2019
11	C.A.S.C.	ADSE	A.M.S.C.C.	Urgente	Sim	Sim	Dr. Miguel Lourenço - MedicAngra	Longo internamento	16/01/2019
12	M.E.S.A.	SRS	USI São Jorge	Urgente		Sim	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	23/01/2019
13	E.M.S.D.M.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Não	Sim	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Longo internamento	23/01/2019



N.º de posição na lista	Nome da pessoa assistida	Sistema de Saúde	Quem referenciou	Grau de intensidade e gravidade de sintomas	Suporte socio familiar	Sobrecarga do cuidador	Médico	Área de intervenção	Data de integração na lista
14	M.J.S.M.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria - Urgência	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª M.M.M. - Psiquiatria - Urgência	Curto internamento	08/01/2019
15	I.S.L.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr. R.L. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	14/02/2019
16	A.M.M.L	SRS	Família/Posterior encaminhamento de Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª M.M.M. - internamento de urgência	Curto internamento	25/02/2019
17	M.D.S.D.R.	SRS	Equipa de Apoio a Grupos de Risco e Dr.ª M.M.M.	Urgente	Não	Sim	Dr.ª M.M.M. - internamento de urgência	Curto internamento	26/02/2019
18	M.C.P.L.C.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª M.M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	27/02/2019
19	M.M.S.P.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Não	Sim	Dr.ª M.M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	15/03/2019
20	C.M.S.G.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Não		Dr.ª M.M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	20/03/2019



N.º de posição na lista	Nome da pessoa assistida	Sistema de Saúde	Quem referenciou	Grau de intensidade e gravidade de sintomas	Suporte socio familiar	Sobrecarga do cuidador	Médico	Área de intervenção	Data de integração na lista
21	J.G.S.P.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	22/03/2019
22	A.P.M.B.M.	SRS	Encaminhamento da Urgência	Urgente	Não		Dr.ª R.A. - Psiquiatria - Serviço de Urgência	Curto internamento	18/04/2019
23	M.M.S.P.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	22/04/2019
24	M.L.S.C.F.	ADSE	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª R.A. - Psiquiatria - Serviço de Urgência	Longo internamento	03/05/2019
25	A.M.S.B.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Não		Dr.ª M.M. - Psiquiatria - Consulta Externa	Curto internamento	03/05/2019
26	N.R.A.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª R.A. - Psiquiatria - Serviço de Urgência	Longo internamento	06/05/2019



N.º de posição na lista	Nome da pessoa assistida	Sistema de Saúde	Quem referenciou	Grau de intensidade e gravidade de sintomas	Suporte socio familiar	Sobrecarga do cuidador	Médico	Área de intervenção	Data de integração na lista
27	N.R.A.	SRS	Encaminhamento da Psiquiatria	Urgente	Sim	Sim	Dr.ª R.A. - Psiquiatria - Serviço de Urgência	Longo internamento	06/05/2019

Através da observação deste quadro podemos constatar que:

- A lista de referenciação inclui utentes abrangidas por outros subsistemas de saúde, como por exemplo a ADSE;
- Não existem utentes inscritas em anos transatos na lista de referenciação atual;
- A lista de referenciação não permite observar a data da admissão;
- Em alguns casos, os campos relativos aos critérios sociais não se encontram preenchidos;
- As utentes inscritas na 3.^a e 4.^a posição integraram a lista de referenciação no mesmo dia, apresentando o mesmo grau de gravidade e intensidade de sintomas e, na vertente social, há uma sobrecarga do cuidador nos dois casos. Não obstante, a utente que não dispunha de suporte sociofamiliar foi preterida;
- A utente que se encontra na 5.^a posição estava referenciada para um curto internamento, tendo sido inscrita no dia 16/01/2019. Contudo, foi preterida pela utente inscrita, por exemplo, na 23.^a posição, no dia 22/04/2019, que apresentava a mesma avaliação em termos de critérios de referenciação;
- A utente que ocupa a 10.^a posição foi preterida, por exemplo, pela utente que integrou a lista no dia 22/03/2019, ocupando a 21.^a posição. De salientar que as duas utentes apresentavam semelhanças do ponto de vista dos critérios clínicos e, no que tange aos critérios sociais, ambas apresentavam sobrecarga do cuidador.
- Estão inscritas 27 utentes, sendo que, das utentes inscritas (SRS): 16 foram referenciadas pela Dr.^a M.M.; 5 pela Dr.^a R.A.; 1 pelo Dr. F.A.; 1 pelo Dr. R.L. e 1 pelo Dr. A.S..

Organização do processo e espólio dos utentes

No âmbito da visita à entidade auditada, a equipa inspetiva recorreu à técnica de amostragem, tendo observado alguns processos individuais de utentes admitidas no ano de 2017, para efeitos de verificação do disposto nas cláusulas 5.^a e 7.^a do Acordo de Cooperação.

Nesse sentido, constatou-se que na CSES, concomitantemente ao ato de admissão das utentes, é aberto um processo de internamento no *MedicineOne* pela secretária clínica (administrativa).

Da organização prévia do processo clínico não consta uma proposta de admissão efetuada pelo médico especialista que tenha assistido a utente, da qual constará o relatório clínico e a modalidade assistencial na qual deverá ser internado. O documento de referenciação provindo da unidade hospitalar é entendido na CSES como a proposta de admissão, sendo que aquele documento pode revestir a forma de “Boletim clínico Consulta Externa”; “Resumo de informação Clínica Consulta Externa”; “Diário Clínico Psiquiatria”; “Relatório Alta”; entre outros.

Não tem sido prática juntar ao processo clínico cópia de fichas clínicas e de eventuais exames complementares de diagnóstico e terapêutica.

Através da observação dos processos individuais das utentes foi possível verificar:

- A existência de um “Documento” de referenciação hospitalar, no caso, um “Resumo da Informação Clínica – CE”, relativo a uma admissão de 2017, datado de 11 de junho de 2019 (data posterior à visita inspetiva), o que poderá evidenciar deficiências do ponto de vista da organização do processo individual;
- A existência de um documento em formato *word*, sem data e assinatura, com a inscrição manuscrita da palavra “referenciação”;
- A ausência de evidência de referenciação hospitalar para as admissões da utente A.M.A.L. relativas aos internamentos dos dias 6 de julho de 2017 e de 4 de outubro do mesmo ano;
- As datas de todas as referenciações hospitalares efetuadas pela Dr.^a M.M. coincidem com as datas da admissão na CSES, podendo-se levantar a hipótese de as utentes referenciadas por esta médica não integrarem, sequer, a lista de referenciação.

Em algumas situações, verificou-se inclusivamente que a hora da nota de internamento na CSES é anterior à hora da referenciação hospitalar.

Relativamente à verificação do disposto na cláusula 7.^a podemos observar:

Elementos	Observações
História Clínica	Existência de uma nota de internamento/entrada/admissão. Ausência de evidência de uma história clínica detalhada.
Data de admissão	Cumpre.
Plano de terapêutica	Cumpre na generalidade, embora se tenha verificado a existência de uma utente sem plano de terapêutica.
Registo e avaliação da situação clínica e das intervenções terapêuticas	Cumpre na generalidade, embora se tenha verificado a existência de uma utente sem diário clínico médico. A parte clínica é preenchida no <i>MedicineOne</i> pela médica psiquiatra, designadamente a nota de entrada/internamento, registos clínicos, bem como a terapêutica. Também são realizados registos de enfermagem, porém com uma periodicidade variável, i.e., nem sempre diária.
Informação da alta (nota de alta)	A Diretora Clínica da CSES referiu “que o utente leva consigo a nota de alta. Nos casos de utentes provenientes de outras ilhas, a nota de alta é dirigida ao médico de família”.

Os processos individuais das utentes nas unidades prestadoras de cuidados do Instituto são compostos ainda por outros elementos que se encontram arquivados em armários de acesso

reservado nas unidades de internamento e/ou no gabinete da secretária clínica, garantindo assim a sua confidencialidade.

Elementos	Observações
Plano Individual de intervenção	Os diagnósticos das necessidades de intervenção constam dos Planos Individuais de intervenção, validados pelo profissional de saúde responsável, pelo técnico de referência, pela pessoa assistida, bem como pelo familiar/tutor/pessoa significativa.
Diagnóstico das necessidades de intervenção	

Em termos administrativos, constituem os processos individuais das utentes, entre outros:

- Declaração de cedência de imagem;
- *Check-list* de acolhimento de enfermagem no internamento;
- Lista de pertences da utente aquando da admissão;
- Movimento de valores.

Segundo o Regulamento Funcional da CSES constitui o espólio dos utentes internados, os bens e valores de que estes sejam portadores no momento da admissão e que fiquem à guarda da Casa de Saúde, nomeadamente:

- a. Roupa, calçado e acessórios de vestuário;
- b. Quaisquer valores, designadamente dinheiro, objetos de metal amarelo e branco, outros de adorno, cartões bancários e telemóveis;
- c. Documentos de identificação pessoal;
- d. Óculos e outras próteses.

O Regulamento Funcional refere ainda que os utentes não devem trazer consigo quaisquer

valores, jóias ou grandes quantias de dinheiro; caso o façam e não puderem, com o seu acordo, ficar a cargo de familiar ou acompanhante, devem os mesmos ser entregues à guarda da CSES.

Durante a estadia na CSES, a guarda de valores é da exclusiva responsabilidade dos utentes nos casos em que os mesmos não são confiados à guarda da CSES. Trata-se de um serviço extra que pode ser solicitado no ato da admissão.

A CSES declina qualquer responsabilidade por eventuais danos ou perdas de objetos de valor que não lhe sejam confiados para guarda no cofre de segurança.

No final os espólios são entregues, mediante termo de recebimento:

- a. Ao utente, após a alta ou aos seus legais representantes;
- b. Ao familiar, em caso de falecimento do utente, mediante apresentação de título legal adequado, que lhe confira legitimidade para o efeito.

No decorrer da visita foi possível verificar que os valores são guardados nos gabinetes de enfermagem das unidades de internamento, sendo que quando uma utente pretende movimentar valores (até 50 euros) terá de recorrer ao enfermeiro. Esse profissional de saúde regista os movimentos de entrada e saída de valores. De acordo com o modelo utilizado, cada registo deverá conter a data, bem como a assinatura do profissional e da pessoa assistida/família.

Existe ainda uma “lista de pertences do utente” que é igualmente preenchida pelo enfermeiro no ato da admissão.

Para além disso, as utentes têm uma conta corrente em aberto no bar da CSES.

No momento da admissão, a pessoa internada, ou o responsável pelo internamento, deve escolher o tipo de quarto e os extras a considerar durante o período de internamento. Essa escolha fica registada numa ficha denominada “Processo de admissão – Internamento”.

As opções são:

1. Quarto privado com casa de banho;
2. Quarto privado sem casa de banho;
3. Quarto semi-privado;

4. Enfermaria;
5. Tratamento de roupa (extra).

O processo de admissão inclui o acolhimento de enfermagem. Nesta fase, é preenchida uma *check-list* de procedimentos realizados pelo enfermeiro(a):

“1 – Apresentou-se ao utente/cuidador/pessoa significativa

2 – Apresentou a equipa interdisciplinar bem como as funções dos profissionais que a integram

3 – Entregou o guia de acolhimento ao utente/cuidador/pessoa significativa

4 – Informou o utente/cuidador/pessoa significativa sobre:

4.1 Horário de visitas

4.2 Horário de refeições

4.3 Atividades terapêuticas da unidade

4.4 Serviços disponíveis no centro

4.5 Existência de regulamento funcional do centro e acesso ao mesmo

4.6 Missão, visão, valores institucionais e modelo de intervenção assistencial dos centros

4.7 Direitos e Deveres do utente

4.8 Formas de apresentar sugestões e reclamações

4.9 Existência e localização do gabinete do utente

5 – Mostrou o espaço físico da unidade e quarto/enfermaria onde o utente vai permanecer

6 – Explicou o procedimento da unidade relativamente ao tratamento da roupa do utente

7 – Recebeu e identificou a medicação que o utente efetuava no domicílio

8 – Informou da proibição de serem colocados no quarto objetos cujo uso possa gerar perigo para o próprio ou terceiros: objetos cortantes, inflamantes, bebidas alcoólicas, medicamentos, drogas ilícitas, alimentos, entre outros.

9 – Informação sobre os procedimentos institucionais relativamente a dinheiro e objetos

IS



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

f.
Ribeiro
Santos

de valor do utente

10 – Informou das regras institucionais relativamente ao uso de tabaco”.

Transferências

Nas situações em que se constate a necessidade de prestação de cuidados de saúde de outra natureza que não a que originou o internamento, prevê a cláusula 6.^a do Acordo de Cooperação que o utente internado seja encaminhado para o hospital da área de referência para avaliação clínica e posterior orientação para internamento, caso aplicável.

Em casos de alterações comportamentais, os familiares das utentes são contactados pelos enfermeiros da CSES e, em regra, os primeiros acompanham as utentes em deslocação ao hospital. Quando não é possível a utente ser acompanhada por um familiar, acompanha-a um colaborador da CSES que procede à recolha da informação clínica em carta enviada pelo hospital. Segundo a Diretora Clínica da CSES, nas situações supra descritas é necessária nova referenciação hospitalar.

Na CSES efetuam-se registos dessas transferências para unidades hospitalares, sendo que é dado conhecimento à Sudaçor, S.A., para efeitos de registo interno. A própria faturação mensal faz referência às “TRANSFERÊNCIAS P/OUTRA INST.” por utente, quando aplicável.

Mobilidades

Não existem evidências de envio à Sudaçor, S.A., para efeitos de conhecimento e registo interno daquela entidade, dos registos de mobilidade entre as estruturas relativas a cada modalidade assistencial, incluindo o motivo que determina essa transição.

A listagem mensal de utentes por modalidade assistencial, remetida à Sudaçor, S.A., permite identificar as transições entre modalidades assistenciais e, de forma não tão clara, a data dessa transição. No entanto, uma vez que o ponto 3 da cláusula 6.^a do Acordo, se encontra concatenado com o ponto anterior, presume-se que a informação pretendida seria a mobilidade das utentes entre estruturas, como por exemplo entre a Unidade 1 e a Unidade 4, tendo como motivo justificativo a evolução clínica e/ou as valências associadas às estruturas.

Obrigações

Da prestação dos cuidados e serviços previstos no Acordo

A CSES não dispõe de uma **área de dia**, tal como previsto no Acordo de Cooperação celebrado com a Secretaria Regional de Saúde, uma vez que o espaço é dedicado, desde 2004, ao desenvolvimento de um programa de ergoterapia (atividades ocupacionais de reabilitação para pessoas com deficiência) – contratualizado com a Secretaria Regional da Solidariedade Social – e, por isso, adstrito aos beneficiários deste programa. Pontualmente, aquele espaço é igualmente frequentado pelas utentes internadas sem que estes serviços sejam suportados pelo Serviço Regional de Saúde.

Não foi dado seguimento à constituição de equipas de saúde mental de **apoio domiciliário**.

O Diretor-Gerente mencionou que apesar de estar acordada a modalidade assistencial de **serviços de reabilitação psicossocial**, a CSES não presta aqueles serviços no âmbito do Acordo de Cooperação. Referiu que existem duas residências na comunidade, nas quais as pessoas estão em processo de alta. As mesmas usufruem das suas pensões para sobreviver. Mais informou que as pessoas têm autonomia total pois “lavam a sua roupa”, “vão às compras”, “preparam a sua medicação”, entre outras atividades. A integração na comunidade é precedida de um treino realizado na CSES. Por fim, salientou que estas despesas não são suportadas pelo Serviço Regional de Saúde, mas pela própria CSES ou através de verbas provenientes de um outro acordo.

Da apresentação à DRS e à Saudaçor, SA de documentação necessária à monitorização e dos resultados da atividade prestada pelas unidades prestadoras de cuidados do IIHSCJ no âmbito da respetiva área de intervenção

O IIHSCJ apresentou à Saudaçor, S.A. a seguinte documentação referente ao ano de 2017:

- Informação estatística sobre o movimento mensal de utentes, até ao dia 15 do mês seguinte àquele a que respeitem;
- Informação financeira anual, designadamente o Relatório e Contas até 31 de maio do ano seguinte a que respeita. A acompanhar o Relatório Técnico do exercício de 2017,

foram apresentados: um Balancete de reabertura sintético; Balancetes do razão; Demonstração de resultados por natureza; Balanço e Mapa dos movimentos dos Ativos Fixos Tangíveis. O Relatório Técnico evidencia as contas consolidadas do ano de 2017, relativas a ambos os estabelecimentos do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus situados na Região Autónoma dos Açores e permite verificar um resultado líquido do período na ordem dos € 363.719,39.

- Plano de Investimentos, desagregado por rúbrica SNC e com os respetivos orçamentos. O envio desta documentação ocorreu no dia 6 de abril de 2018, pelo que não respeitou os prazos acordados (até 30 de setembro de cada ano relativo ao ano imediato);
- Informação anual dos recursos humanos (*vide* quadro *infra*) afetos a cada uma das modalidades de assistência de prestação de cuidados constantes do presente acordo, até ao dia 30 de janeiro de cada ano.

Recursos Humanos	Modalidade Assistencial			
	Internamento de curta duração	Internamento de média duração	Internamento de longa duração	Total
Assistentes Espirituais	0,04	0,06	0,9	1
Médicos	0,12	0,18	2,7	3
Enfermeiros	1,09	1,56	22,35	25
Psicólogos	0,09	0,13	1,78	2
Assistentes Sociais	0,09	0,13	1,78	2
Nutricionistas	0,04	0,06	0,9	1
Farmacêutica e Auxiliares				0
Fisioterapeutas	0,12	0,18	2,7	3

Auxiliares de Ação Médica	1,61	2,31	33,08	37
Ajudantes Familiares	0,04	0,06	0,9	1
Técnicos profissionais e Agentes Ocupacionais	0,3	0,43	6,27	7
Administrativos (Internamentos/Consultas e Faturação/Contabilidade Utentes)	0,09	0,13	1,78	2
Total	3,63	5,23	75,14	84

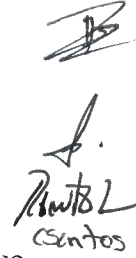
Segundo o IIHSCJ, a afetação/distribuição por modalidades de assistência constante da informação anual dos recursos humanos considera o número de profissionais por categoria profissional/utentes protocoladas (curto, média e longa duração).

Face a uma aparente divergência entre o número de profissionais de enfermagem constante do mapa de remunerações de dezembro de 2017 (7) e o número de total de enfermeiros inscrito no quadro supra (25), veio o IIHSCJ esclarecer que essa divergência está relacionada com a existência de contratos de estágio, por um lado e, ainda pelo recurso a prestadores de serviços, enfermeiros que pelo seu próprio interesse não pretendem firmar contrato de trabalho com a Casa de Saúde.

O IIHSCJ apresentou à DRS a seguinte documentação relativa ao ano de 2017:

- Informação estatística sobre o movimento mensal de utentes, até ao dia 15 do mês seguinte àquele a que respeitem;

Por outro lado, não foram apresentados os dados financeiros à DRS e à Saudaçor, SA, nos termos do previsto na subalínea i) da alínea f) da Cláusula 11.ª do Acordo de Cooperação.



J.
Santos

O IIHSCJ não informou a DRS e a Sudaçor, SA, de qualquer circunstância que impeça/impeidiu o normal desenvolvimento da prestação dos cuidados e serviços referidos no Acordo.

Para o que aqui interessa e no âmbito do contraditório exercido pelo IIHSCJ, referiu aquela entidade que “(...) Logo, não se alcança o teor do ponto que declara «o IIHSCJ não informou (...) de qualquer circunstância que (...) impeça o normal funcionamento.»”. Cumpre esclarecer que o referido no presente relatório teve apenas como fito constatar que o IIHSCJ não informou a DRS e a Sudaçor, S.A. nos termos da alínea g) do n.º 2 da Cláusula 11.ª do Acordo de Cooperação.

A CSES dispõe de um Regulamento Funcional Interno, contudo não foi disponibilizado à equipa inspetiva um regulamento interno das modalidades de assistência a que respeita a prestação de cuidados constantes do Acordo, bem como o comprovativo de envio do mesmo à DRS e à Sudaçor, S.A., no prazo de 60 a contar do início da sua vigência.

Financiamento

No dia 23 de fevereiro de 2011 foi aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores o Decreto Legislativo Regional n.º 9/2011/A, de 23 de março que veio estabelecer o regime jurídico de apoios financeiros a conceder pela administração regional autónoma dos Açores, através do departamento governamental com competência em matéria de saúde, aos agentes que prossigam atividades no âmbito da saúde, consideradas de interesse para a Região e para a sua população ou para o Serviço Regional de Saúde.

O citado diploma entrou em vigor no dia seguinte ao da sua publicação, não prejudicando os apoios concedidos anteriormente, ou a conceder no âmbito da execução de outros normativos.

No âmbito da colaboração e cooperação com diversas entidades públicas e privadas, com vista à prossecução dos objetivos definidos para o setor da saúde, o diploma considera:

- Essencial, um enquadramento das medidas necessárias para a concretização desses apoios, fixando critérios objetivos que contribuam para a rentabilização dos recursos existentes e definindo requisitos que contribuam para o cumprimento dos princípios da igualdade, proporcionalidade, justiça e transparência.
- Obrigatório, um enquadramento legal e regulamentar da atribuição de apoios de modo a que todos os interessados conheçam claramente os seus direitos e obrigações e os critérios de seleção aplicados, com vista a garantir uma maior eficácia e controlo dos apoios atribuídos.
- Necessário, fomentar e disciplinar as parcerias no âmbito da saúde com outras entidades públicas e privadas, nacionais ou estrangeiras designadamente instituições do Serviço Regional de Saúde, instituições da administração central, IPSS, autarquias locais, casas do povo ou instituições de ensino, ordens profissionais, fundações, associações, comissões legalmente constituídas ou outras entidades.

Por todo o exposto, foi criado um conjunto de regras aplicáveis a todo o tipo de apoios a conceder no domínio da saúde, sem prejuízo de posterior regulamentação específica em função das diferentes áreas a apoiar, favorecendo a emergência de novos polos de inovação e complementaridade, tendo como finalidade aumentar os ganhos em saúde da população.

Os acordos de cooperação técnica e ou financeira revestem uma das modalidades de apoio no setor da saúde, previstas no artigo 4.º do referido diploma legal, que visam a execução de projetos específicos ou de programas de atividades previstos no plano de ações do Governo Regional para a saúde que possam, desta forma, ser executados com maior eficiência e apoio especializado.

Os acordos de cooperação técnica e ou financeira são objeto de negociação entre o departamento do Governo Regional com competência em matéria de saúde e os parceiros considerados relevantes no desenvolvimento de atividades que se enquadrem nas políticas de saúde estabelecidas.

A cooperação técnica e ou financeira formaliza-se através de protocolos, devendo em cada caso definir-se as obrigações recíprocas entre a entidade financiadora e a entidade beneficiária, sendo que esses protocolos podem ser celebrados conjuntamente com diversas entidades, no caso de o objeto do contrato lhes ser comum.

O Acordo de Cooperação n.º 72/2012, de 5 de julho, firmado em data posterior à entrada em vigor do regime jurídico de apoios financeiros na área da saúde, é omissivo quanto ao seu enquadramento legal e regulamentar, apesar de prever, além do necessário apoio técnico para o desenvolvimento dos cuidados, que a Secretaria Regional da Saúde preste ao IIHSCJ a respetiva contrapartida financeira.

De facto, a alínea e) do n.º 1 da cláusula 11.ª do Acordo dispõe que os encargos financeiros definidos pelo próprio acordo constituem uma obrigação da SReS e são “comparticipados” através dos “Hospitais EPE”.

Com efeito, as Unidades prestadoras de cuidados do IIHSCJ cobram, pelos serviços de saúde prestados nos termos do Acordo, os encargos em conformidade com o que está atualmente tabelado e com os lugares existentes (sublinhado nosso), até à entrada em vigor dos preços resultantes da avaliação e reestruturação previstas na cláusula 21.ª, os quais serão diferenciados por modalidade assistencial.

Aquando da celebração do Acordo, ficou igualmente patente na sua cláusula 16.ª que, tratando-se de admissões normais, só constituem, em princípio, encargos dos “Hospitais EPE” as despesas com a assistência prevista nas devidas referências para internamento, termos de

responsabilidade ou documentos equivalentes, salvo havendo modificação da situação clínica que obrigue a procedimento diferente.

Ademais, não constituem encargo dos Hospitais as despesas com a assistência prestada em que não tenham sido respeitadas as disposições e regras do presente Acordo.

No que concerne à atuação da entidade auditada, em termos administrativos, importa referir que o IIHSCJ emite a faturação em nome do “*HOSPITAL SANTO ESPIRITO ANGRA HEROISMO E.P.E.*”, fazendo chegar as faturas ao atual HSEIT, por protocolo, até ao dia 10 do mês seguinte a que diz respeito. Ainda que a faturação não seja emitida por modalidade assistencial conforme previsto no ponto 7 da cláusula 15.^a do Acordo; a acompanhar a faturação, é remetida uma listagem de utentes, desagregada por nome de utente, data de entrada e n.º de dias de internamento.

O IIHSCJ/CSES procede ainda à entrega de fotocópia da listagem supramencionada à Saudaçor, S.A., nos termos do ponto 8 da cláusula 15.^a do Acordo.

Estipula a cláusula 15.^a do Acordo de Cooperação que as diárias de internamento de curta, média e longa duração em regime de enfermaria, incluem: alojamento, alimentação, assistência médica, de enfermagem e de outros profissionais de saúde, e medicamentos do foro psiquiátrico.

Na CSES a diária inclui, ao nível da alimentação, pequeno-almoço, almoço e jantar.

Os medicamentos do foro psiquiátrico são adquiridos pelos Serviços Farmacêuticos da CSES e distribuídos pelas unidades de internamento.

No valor da diária não estão incluídos gastos com as doenças intercorrentes; medicamentos extra psiquiatria, os quais ficam a cargo do utente; meios complementares de diagnóstico, os quais terão de ser assegurados pelos hospitais de referência; e apósitos (fraldas e dispositivos clínicos).

Perante a ausência de evidência de uma tabela de preços no Acordo celebrado, o IIHSCJ/CSES esclareceu que, na prática, cobra os encargos em consonância com a circular n.º Saud-Sai/2008/312, de 27 de fevereiro de 2008, emitida pela Saudaçor, S.A.. Essa circular veio comunicar a atualização, para o ano de 2008, com produção de efeitos a 1 de janeiro, dos valores

das diárias de internamento (preço unitário de €37,50), de acordo com despacho exarado pelo então Secretário Regional dos Assuntos Sociais.

Como já foi anteriormente referido, não houve lugar à operacionalização do grupo de trabalho previsto na cláusula 21.^a que previa, entre outras, uma alteração de preços resultante da avaliação e reestruturação das modalidades de assistência.

Os “lugares existentes no IIHSCJ” (CSES) apresentam a distribuição definida no Anexo II do Acordo, com uma capacidade total de 146 lugares.

Face à capacidade contratualizada e considerando a faturação emitida durante o ano de 2017, constatou-se que os valores mensais excederam o montante máximo possível.

De forma a melhor exemplificar o acima exposto, apresenta-se a seguinte tabela que inclui o valor da faturação mensal por parte do IIHSCJ ao HSEIT; o máximo contratualizado (n.º de dias/mês x 146 lugares x €37,50); bem como o excedente em termos de valores absolutos e número de diárias.

Mês	Data	Fatura		Máximo contratualizado	Diferença valor	Diferença diárias
		N.º	Valor			
Janeiro	31/01/2017	FT 1217FTI/180	€ 171 900,00	€ 169 725,00	€ 2 175,00	58
Fevereiro	28/02/2017	FT 1217FTI/365	€ 155 175,00	€ 153 300,00	€ 1 875,00	50
Março	31/03/2017	FT 1217FTI/545	€ 172 725,00	€ 169 725,00	€ 3 000,00	80
Abril	30/04/2017	FT 1217FTI/726	€ 165 787,50	€ 164 250,00	€ 1 537,50	41
Maiο	31/05/2017	FT 1217FTI/908	€ 172 500,00	€ 169 725,00	€ 2 775,00	74
Junho	30/06/2017	FT 1217FTI/1092	€ 167 437,50	€ 164 250,00	€ 3 187,50	85
Julho	31/07/2017	FT 1217FTI/1270	€ 172 612,50	€ 169 725,00	€ 2 887,50	77
Agosto	31/08/2017	FT 1217FTI/1450	€ 169 800,00	€ 169 725,00	€ 75,00	2
Setembro	30/09/2017	FT 1217FTI/1629	€ 165 375,00	€ 164 250,00	€ 1 125,00	30
Outubro	31/10/2017	FT 1217FTI/1805	€ 171 787,50	€ 169 725,00	€ 2 062,50	55
Novembro	30/11/2017	FT 1217FTI/1990	€ 164 850,00	€ 164 250,00	€ 600,00	16
Dezembro	31/12/2017	FT 1217FTI/2166	€ 171 300,00	€ 169 725,00	€ 1 575,00	42
Total 2017			€ 2 021 250,00	€ 1 998 375,00	€ 22 875,00	610

Foi ainda possível observar que durante o ano de 2017 foram faturadas consultas de

seguimento de psiquiatria (conforme tabela *infra*) ao abrigo do Acordo de Cooperação. O IIHSCJ enquadra a faturação daqueles serviços no “acompanhamento aos doentes em processo de reabilitação, em sintonia com a cláusula 4.^a, alínea f) do ponto 1 do Acordo de Cooperação celebrado”.

Fatura			
Mês	Data	N.º	Valor
Janeiro	31/01/2017	FT 1217FTI/182	€ 3,75
Fevereiro	28/02/2017	FT 1217FTI/367	€ 5,00
Março	31/03/2017	FT 1217FTI/547	€ 5,00
Abril	30/04/2017	FT 1217FTI/728	€ 5,00
Maiο	31/05/2017	FT 1217FTI/911	€ 3,75
Junho	30/06/2017	FT 1217FTI/1094	€ 10,00
Julho	31/07/2017	FT 1217FTI/1272	€ 10,00
Setembro	30/09/2017	FT 1217FTI/1631	€ 10,00
Outubro	31/10/2017	FT 1217FTI/1807	€ 6,25
Novembro	30/11/2017	FT 1217FTI/1992	€ 5,00
Dezembro	31/12/2017	FT 1217FTI/2168	€ 6,25
Total 2017			€ 70,00

A propósito dos pagamentos atinentes à prestação de cuidados, o IIHSCJ referiu que, embora sejam cumpridos os prazos de envio de toda a faturação e respetivas listagens, nem sempre são cumpridos os prazos máximos de 90 dias para pagamento das respetivas faturas.

Nessa conformidade, foi entregue à equipa inspetiva um Acordo de Pagamento celebrado no dia 16 de fevereiro de 2017 entre três outorgantes: o IIHSCJ, a Saudaçor, S.A. e o HSEIT; bem como a conta corrente do HSEIT à data de 4/6/2019.

O Acordo de Pagamento foi celebrado, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, que estabelece os procedimentos necessários nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 14.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro – Lei dos Compromissos

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

e dos Pagamentos em Atraso.

Dos três outorgantes do Acordo de Pagamento, apenas o IIHSCJ era parte do Acordo de Cooperação n.º 72/2012, de 5 de julho.

O contrato tinha por objeto o estabelecimento de um acordo de pagamento da dívida vencida com mais de 90 dias, à data de 31 de dezembro de 2016, do HSEIT ao IIHSCJ.

As partes reconheceram que os valores em dívida, de natureza certa, líquida e exigível, eram os que constavam do Anexo I do Acordo de Pagamento, no valor total de €2.046.575,00 e expressamente declararam que os valores indicados se encontravam vencidos e não incluíam qualquer pagamento objeto de impugnação judicial ou situações de impossibilidade de cumprimento por ato imputável ao credor.

A Saudaçor, S.A. assumiu perante o IIHSCJ a obrigação de financiamento do HSEIT com as verbas necessárias de modo a serem pontualmente cumpridas as obrigações previstas no acordo, e o HSEIT, assumiu a obrigação de pagar efetivamente ao IIHSCJ as quantias que lhe são devidas.

O incumprimento da Saudaçor, S.A. da obrigação de financiamento prevista no parágrafo antecedente, não desonerava o HSEIT do integral e pontual cumprimento das obrigações emergentes do presente acordo, pelo que, caso ocorresse tal incumprimento, não seria fundamento de alteração ou para incumprimentos dos pagamentos previstos na cláusula 2.ª.

A cláusula 2.ª previa o pagamento dos valores em dívida, referentes a faturas emitidas nos exercícios de 2014 e 2015, em quatro prestações de igual montante (€511.643,75,00):

- a) Até 30 de abril de 2017;
- b) Até 31 de outubro de 2017;
- c) Até 30 de abril de 2018;
- d) Até 31 de outubro de 2018.

No que respeita à conta corrente do HSEIT à data de 4/6/2019, a mesma indicava um montante de dívida vencida, na ordem dos €365.822,50.

Exposições

Nos últimos tempos, a IReS recebeu algumas exposições de situações concretas e de natureza similar relativas à CSES.

Atendendo aos recursos existentes neste serviço inspetivo e à correspondente afetação dos mesmos pelas várias ações de natureza ordinária e extraordinária, onde se inclui a presente ação de auditoria, a Sr.^a Inspectora Regional de Saúde entendeu por pertinente a análise/apreciação daquelas situações no âmbito desta ação.

As exposições incidiam, *grosso modo*, sobre questões relacionadas com a higiene das instalações sanitárias, a apropriação de bens e a realização, por parte das utentes, de tarefas adstritas às funcionárias da Casa de Saúde, sem que fossem devidamente autorizadas e remuneradas. Algumas questões, designadamente as relacionadas com a higiene/limpeza e apropriação de bens já foram sendo abordadas ao longo do presente relatório.

Embora a comunicação prévia à entidade a auditar, no respeito pelo artigo 22.º do *Regulamento dos Procedimentos da Inspeção Regional de Saúde dos Açores*, possa ter originado eventuais precauções, a equipa inspetiva observou umas instalações (CSES) devidamente cuidadas, apresentando boa higiene dos espaços e sem odores, sobretudo nas instalações sanitárias.

No decorrer da visita aos espaços da CSES, as utentes N.M.C.E.L. e a L.F.S.F. encontravam-se a desenvolver atividades na lavandaria (tratamento de roupa) e refeitório (higienização da loiça), respetivamente. Nessa conformidade, a Direção Técnica esclareceu que aquelas atividades são encaradas como uma necessidade/expetativa das próprias utentes, tendo a Diretora de Enfermagem (em regime de substituição) disponibilizado os correspondentes Planos Individuais de Intervenção (PII).

Encontra-se inscrito no PII de N.M.C.E.L., assinado pela própria utente, ao nível das expectativas “ir a casa aos fins-de-semana” e “estar ocupada”. Já o PII de L.F.S.F. inclui as seguintes expectativas: “utente que[r] manter atividades na unidade na colaboração da higiene da loiça” e “deseja manter idas a casa da prima e tutora Sr.^a O.”, apesar de o PII não se encontrar assinado por esta última.

Não foram, no entanto, dissipadas as dúvidas quanto ao recebimento, por parte daquelas

utentes, da justa remuneração pelas atividades e pelos serviços prestados²¹.

No que tange ao procedimento administrativo de registo de pertences e valores, o mesmo apresenta fragilidades, na medida em que, por vezes não são recolhidas as assinaturas dos movimentos de entrega de valores realizados pelas utentes e/ou representantes. Ademais, detetaram-se deficiências ao nível da sua conservação, como se pode verificar no registo de ocorrência *infra*.

16/10/2017	"A utente A. L. referiu ter em cofre no gabinete de enfermagem 50 euros quando verificado não se encontrava o dinheiro. Registado em notas de entrada a quantia que a utente referia. Não foi encontrada a folha de registo de pertences assim como a de movimento de valores no processo clínico físico da utente".
------------	--

Na exposição da familiar da utente supramencionada pode ler-se: “Falei novamente com o Diretor Dr. J.[M]., informando do sucedido, tendo algumas coisas aparecido de imediato, menos o dinheiro, que estava guardado no cofre da instituição à sua responsabilidade. No fim da reunião, a diretora médica, Dr.ª M.M., pelas 17H00, e por abuso de poder e muito enfurecida, deu alta a minha irmã.”.

Em resposta, a Dr.ª M.M. referiu que “[a] acusação de que [] deu alta por abuso de poder e muito enfurecida é falsa. (...) Foi o tempo considerado necessário à estabilização clínica da D. A. Por exemplo, no Serviço de Psiquiatria do Hospital a média de internamento ronda os 14 dias. E mesmo nesta Instituição, já houve internamentos mais curtos.”.

Mais informou que “[e]xiste um serviço de agudos no Hospital da Terceira, sendo certo que quando a situação é social e/ou exige descanso de família, existem os lares de idosos de Santa Casa da Misericórdia. Não somos nós a única resposta existente na Ilha para uma situação como a da D. A.L.(...)”.

Aqui, cumpre referir que no que respeita ao internamento da utente A.M.A.L. de 04/09/2017,

²¹ Conforme alínea h) do n.º 1 do artigo 5.º da Lei da Saúde Mental.

[Handwritten signatures and initials]

verificou-se um diagnóstico de alta “Episódio depressivo moderado” igual ao diagnóstico psiquiátrico de entrada “Episódio depressivo moderado”.

Por fim, observou-se que a doente teve alta²² no dia 19/10/2017, três dias após o episódio do desaparecimento dos valores, podendo ler-se no resumo clínico:

“A doente vive com uma irmã, em relação ambivalente de co-dependencia.

A doente tem traços disfuncionais de personalidade, no sentido distímico.

Em casa, adere mal á medicação. No internamento melhorou no plano do humor, mas persistem aspetos de personalidade.

Prognóstico reservado”.

²² Pode-se observar no Regulamento Funcional da CSES que constituem motivos de alta:

- a. Alta por melhoria clínica;
- b. Alta por manifestação de vontade própria ou do representante legal;
- c. Alta por incumprimento intencional dos deveres constantes do artigo 32.º do Regulamento;
- d. Alta por fuga;
- e. Alta por falecimento (alíneas a), b), c), d) e e) do n.º 1 do artigo 33.º do Regulamento Funcional Interno, respetivamente).

CONCLUSÕES

Neste quadro geral, tendo em particular atenção a ordem de serviço emanada, os objetivos traçados, a instrução realizada e os principais resultados expostos ao longo do presente relatório, não pode, quanto à matéria em apreço, deixar de se concluir que:

- O Acordo de Cooperação n.º 72/2012, de 5 de julho, celebrado entre o IIHSCJ e a Secretaria Regional de Saúde, vigora atualmente, não tendo sido objeto de qualquer revisão nos termos da sua cláusula 18.ª, i.e., “sempre que circunstâncias supervenientes e imprevisíveis possam implicar alteração ao seu clausulado, devendo essa alteração constar de documento escrito (adenda) aceite por ambos os outorgantes.”.
- No decurso do primeiro ano de vigência do citado Acordo não houve lugar à operacionalização consagrada na cláusula 21.ª, que previa a constituição de um grupo de trabalho com representantes das Casas da Saúde, da SReS, da Saudaçor S.A. e dos Cuidados Primários e Hospitalares, para avaliação e reestruturação das modalidades de assistência, no sentido de privilegiar a assistência em ambulatório e na comunidade, bem como para eventual alteração de preços resultantes daquela avaliação e reestruturação, os quais seriam diferenciados por modalidade assistencial (para os efeitos previstos na cláusula 14.ª).
- Embora as modalidades de assistência de área de dia, apoio domiciliário e serviços de reabilitação psicossocial estejam previstas no Acordo de Cooperação celebrado em 2012, o Instituto (CSES) não prestou aqueles cuidados no âmbito do Acordo.
- No âmbito do Acordo de Cooperação, o IIHSCJ presta, através da CSES, cuidados assistenciais ao nível do internamento, tendo este estabelecimento de saúde sido registado na DRS a 29 de junho de 1988, com o número 102. Após a aceitação do registo com a finalidade de autorizar o seu funcionamento, a DRS não procedeu à realização de qualquer vistoria/auditoria à CSES.
- O IIHSCJ não informou a DRS e a Saudaçor, S.A., de qualquer circunstância que impeça/impediu o normal desenvolvimento da prestação de cuidados e serviços referidos no Acordo, nos termos da alínea g) do n.º 2 da Cláusula 11.ª.

- O IIHSCJ cumpriu com a generalidade das obrigações decorrentes da alínea f) do n.º 2 da cláusula 11.ª. No entanto, não apresentou à DRS e à Saudaçor, S.A. os dados financeiros, tendo ainda incumprido o prazo de apresentação do Plano de Investimentos.
- A CSES dispõe de um Regulamento Funcional Interno, contudo não apresentou um Regulamento Interno por modalidades de assistência a que respeita a prestação de cuidados constantes do Acordo.
- A intervenção médica especializada de psiquiatria nas unidades de internamento da CSES encontra-se a cargo de uma psiquiatra, que desenvolve a sua atividade em regime de tempo parcial, acumulando funções de Diretora Clínica na mesma Casa de Saúde.
- As unidades de internamento da CSES asseguram, no funcionamento dos seus serviços, a presença física e permanente do pessoal de enfermagem, observando-se que no turno da noite (das 20h00 às 08h00) estão de serviço dois enfermeiros (maioritariamente prestadores de serviço) para as quatro unidades de internamento.
- No decorrer do ano de 2017 foram registadas ocorrências de quedas.
- À CSES não chegam processos de referenciação provindos do Hospital da Horta, EPER e do Hospital do Divino Espírito Santo, EPER, visto que, em regra, as utentes admitidas na Casa de Saúde por referenciação hospitalar, passam pelo Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HSEIT, sendo posteriormente referenciadas pelo HSEIT para internamento na CSES.
- No procedimento de referenciação hospitalar não é utilizado um modelo uniforme/padronizado, verificando-se a utilização de um conjunto de documentos, com designações várias, que são remetidos à CSES. Cabe referir, quanto a este último ponto que, por norma, as referenciações são entregues em envelope fechado pela Dr. M.M. na CSES.
- A Dr. M.M. exerce as funções de Diretora Clínica da CSES e de Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSEIT, verificando-se uma influência decisória da citada médica em todo o circuito gizado pelo Acordo de Cooperação: tanto no plano hospitalar, num primeiro momento, como no plano assistencial na CSES, num segundo momento – referenciando e admitindo,

respetivamente.

- O procedimento de admissão encontra-se algo descontextualizado e apresenta algumas deficiências ao nível da sua regulamentação. Não existem consultas de avaliação clínica com vista a verificar se a utente preenche os critérios de admissão, os quais também não estão definidos. A admissão resulta, pois, de uma reunião informal entre a Diretora Clínica, a Diretora de Enfermagem e o responsável pela gestão da lista de referenciação. Dessa decisão não constam quaisquer registos.
- Verifica-se alguma inconsistência e falta de densificação dos “critérios” subjacentes à entrada na CSES, fator que também é suscetível de comprometer a garantia de acesso equitativo aos cuidados de saúde.
- Durante o ano de 2017, a admissão de utentes na CSES nem sempre obedeceu à referenciação hospitalar.
- As datas das referenciações hospitalares (amostra) efetuadas pela Dr.^a M.M. coincidem com as datas da admissão na CSES, podendo-se levantar a hipótese de as utentes referenciadas por esta médica não integrarem, sequer, a lista de referenciação. Em algumas situações, verificou-se inclusivamente que a hora da nota de internamento na CSES é anterior à hora da referenciação hospitalar.
- Quanto à organização do processo clínico, não tem sido prática juntar cópia de fichas clínicas e de eventuais exames complementares de diagnóstico e terapêutica, conforme previsto no Acordo de Cooperação. Relativamente aos restantes elementos do processo individual do utente, constatou-se alguns incumprimentos pontuais, sendo de relevar a ausência de evidência de uma história clínica detalhada.
- No que diz respeito à higiene/limpeza das instalações da CSES, constatou-se que as mesmas estavam devidamente cuidadas, apresentando boa higiene e ausência de odores, sobretudo nas instalações sanitárias.
- No que tange ao recebimento da justa remuneração pelas atividades desenvolvidas pelas utentes N.M.C.E.L. e L.F.S.F., não foram dissipadas as dúvidas quanto ao recebimento da citada remuneração por parte daquelas utentes.
- Em matéria de financiamento, cumpre observar que o Acordo de Cooperação, datado de 2012, é omissivo em relação ao regime jurídico de apoios financeiros na área da

[Handwritten initials]
f.
[Handwritten signature]
[Handwritten text]

saúde de 2011, que lhe antecede temporalmente.

- Nem sempre são cumpridos os prazos máximos de 90 dias para pagamento das faturas emitidas pelo IIHSCJ.
- Importa também relevar uma faturação mensal, em todos os meses do exercício de 2017, com valor superior ao montante máximo contratualizado.

RECOMENDAÇÕES

Neste momento, compulsados os principais resultados da ação e sua apreciação, entende-se por pertinente formular as seguintes recomendações:

Ao IIHSCJ/CSES:

- Deverá cumprir com as obrigações decorrentes da alínea f) do n.º 2 da Cláusula 11.ª do Acordo de Cooperação, designadamente no que respeita à apresentação dos dados financeiros à DRS e à Sudaçor, S.A., bem como deverá cumprir o prazo de envio do Plano de Investimentos àquelas entidades.
- Deverá, ainda, elaborar e aprovar um Regulamento Interno das modalidades de assistência a que respeita a prestação de cuidados constantes do presente Acordo, remetendo o mesmo à DRS e à Sudaçor S.A., no prazo de 60 dias a contar do início da sua vigência. Este regulamento deverá:
 - i.* Definir, de forma robusta e concisa, os critérios de admissão e de alta, nas várias modalidades de assistência, quando aplicável;
 - ii.* Descrever, detalhadamente – incluindo a respetiva individualização de responsabilidades -, todo o procedimento de admissão, desde a elaboração da proposta de admissão, da avaliação dos respetivos critérios bem como da subsequente decisão, deixando, de todas as etapas, registo no processo individual do utente;
 - iii.* Atribuir, as responsabilidades/funções de todas as categorias profissionais, com intervenção multidisciplinar na melhoria ou manutenção do estado clínico do utente (exemplo: enfermeiro, auxiliar de ação médica, entre outros).
- Deverá introduzir melhorias ao nível da articulação com as entidades hospitalares referenciadoras, no sentido de serem adotados circuitos e modelos de referência padronizados, incluindo o acesso, por parte do estabelecimento de saúde (CSES), às cópias das fichas clínicas e de eventuais meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

- Em termos de organização do processo individual do utente, sugere-se que se proceda ao registo de uma história clínica detalhada. No que ao espólio diz respeito, entende-se por necessário melhorar os procedimentos administrativos relativos ao registo e conservação, tendo em vista uma maior segurança, transparência e responsabilização de todos os intervenientes.
- Implementação de medidas de mitigação do risco e prevenção de quedas, acompanhada da respetiva monitorização com uma periodicidade adequada ao número de ocorrências verificadas.

À DRS:

- Deverá proceder, nos termos do n.º 1 do artigo 20.º do Decreto Legislativo Regional n.º 13/2013/A, de 14 de outubro, à monitorização e avaliação periódicas da observância dos requisitos de funcionamento e de qualidade dos serviços prestados pelo IIHSCJ/CSES, designadamente no que tange à verificação dos requisitos mínimos de funcionamento das unidades privadas de saúde com internamento, no âmbito da Portaria n.º 290/2012, de 24 setembro, ou seja, dos que dizem respeito à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas.

PROPOSTAS

Atendendo ao teor das conclusões e recomendações anteriormente formuladas, propõe-se:

- Dar conhecimento do presente relatório às exponentes Sr.^a M.F.A.L. e Sr.^a O.M.S.F.G.;
- A remessa do presente relatório à entidade auditada e visados;
- O envio do presente relatório a Sua Exa. a Secretária Regional da Saúde, enquanto representante da parte contratante do Acordo de Cooperação n.º 72/2012, de 5 de julho, com competência para efetuar o controlo da aplicação dos apoios, nos termos do artigo 17.º do DLR n.º 9/2011/A, de 23 de março, com vista à ponderação da realização de uma ação destinada à verificação da legalidade financeira dos apoios atribuídos.

Angra do Heroísmo, 10 de dezembro de 2019

A equipa,

(RUI REIS – Inspetor)

(CÉSAR MENDES – Inspetor)

(RENATO PIRES – Inspetor)

(CARLA SANTOS – Técnica Superior)