

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da ERS conferidas pelo artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da ERS estabelecidos no artigo 10.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da ERS estabelecidos no artigo 19.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/007/2020;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 9 de dezembro de 2019, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por BS, na mesma data, visando a atuação do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT). Na referida reclamação, inicialmente tratada sob o n.º REC/89166/2019, o reclamante refere que o utente JD, seu pai, deu entrada no SU daquele prestador, nos dias 17, 21, 23, 25 e 26 de novembro de 2019, sem que tenha sido diagnosticada uma pneumonia. O utente faleceu no dia 26 de novembro de 2019.

2. Acresce que, a ERS teve também conhecimento da reclamação subscrita por DB, em 9 de setembro de 2019, inicialmente tratada sob o n.º REC/92413/2019, que refere em suma que o utente VB, seu avô, foi reencaminhado pela unidade de Abrantes (CHMT) para a unidade de Tomar (CHMT), no dia 9 de setembro de 2019, para consulta de urgência de urologia. Após seis horas de espera, foi a reclamante informada que não estariam médicos especialistas disponíveis para observar o utente, sendo este obrigado a deslocar-se novamente ao SU, no dia seguinte.

3. Considerando a necessidade de recolher outros elementos de análise para melhor perceção dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 23 de janeiro de 2020, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/007/2020.

I.2 Diligências

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:

(i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS onde se constatou que o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 10593;

(ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente BS, em 29 de janeiro de 2020;

(iii) Notificação de abertura e apensação de processo enviado à exponente DB em 17 de março de 2021;

(iv) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao CHMT em 29 de janeiro de 2020, com insistência em 29 de dezembro de 2020 e análise da respetiva resposta concedida em 8 de janeiro de 2021 (ofícios rececionados em 4 de março de 2020 e 18 de junho de 2020)¹.

¹ Por ofício rececionado em 8 de janeiro de 2020, veio o CHMT prestar os seguintes esclarecimentos: “No seguimento do V/ ofício, com a Ref. 398886/2020, ERS/007/2020, de 29/12/2020, vem o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., informar que, relativamente ao pedido

(v) Pedido de parecer a perito médico consultado pela ERS, em 4 de fevereiro de 2021, e análise do relatório de apreciação clínica, elaborado em 9 de março de 2021.

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação REC/89166/2020

5. A Entidade Reguladora da Saúde tomou conhecimento da reclamação subscrita por BS, em 9 de dezembro de 2019, que refere em suma o seguinte:

“[...] Venho por este meio reclamar a actuação de vários profissionais de saúde durante a última semana de vida do meu pai (JD).

[...]

17/11/2019- 1ª Visita às urgências do Hospital de Torres Novas, com dores nas costas, falta de ar, pé inchado, cansaço extremo. Atendido pelo médico IK. Análise e gasimetria com valores anormais, RX visível de problemas graves nos pulmões. Achou que não era necessário internamento, nem prescrição.

21/11/2019- 2ª Visita às urgências do Hospital de Torres Novas, encontrando-se visivelmente doente e a necessitar de ajuda urgente. Atendido pelo médico RM. Novamente os mesmos exames e de notar que a Troponina I de alta sensibilidade apresentava valor de 23,5pg/mL (encontrava-se a ter um enfarte, situação que já foi confirmada por outra médica). RX aos pulmões, péssimo. Médico achou que não era necessário internamento, prescrita uma bomba e antibiótico de 3 dias (Azitromicina).

23/11/2019- A saúde do meu pai piorou, foi chamado o INEM, e foi levado para o Hospital de Abrantes. À chegada foi internado com diagnóstico de Pneumonia. Em 17/11/2019 já se encontrava com esse e outros problemas.

25/11/2019- Foi transferido para o Hospital de Tomar, com indicação que iria ficar na Pneumologia. O Hospital de Tomar não tem essa especialidade e ficou internado na cirurgia. Gostaria de saber que cuidados teve durante esse dia até

em apreço, foi remetida resposta via CTT, registada com aviso de receção, pelo ofício com a Ref. 107149/2020DHO, com data de 08/06/2020, rececionado nessa entidade em 15/06/2020, conforme segue em anexo.[...].”

Com efeito, o prestador remeteu os esclarecimentos necessários dirigidos aos respetivos processos de reclamação e não, como solicitado, ao processo de inquérito ERS/007/2020, o que obstou o conhecimento da informação remetida pelo prestador, em 15 de junho de 2020.

tarde de dia 26/11/2019. A equipa no Hospital de Tomar informou que não deveria ter sido transferido para lá.

26/11/2019- Transferido ao final da tarde para o Hospital de Torres Novas para o serviço de Pneumologia. Aí verificámos que o médico muito rapidamente começou a trabalhar no processo do meu pai, explicou-nos que as radiografias desde dia 17/11/2019 já evidenciavam Pneumonia. Passado cerca de 1h indicou que iria transferir para a UCI do Hospital de Abrantes, pois suspeitava que estava a fazer uma embolia pulmonar.

Durante a viagem informaram que o meu querido pai de 64 anos tinha falecido. Até à data não temos informação sobre a causa da morte.

Em todas as transferências, com a saturação de O2 instável, criaram ansiedade e desconforto no meu pai. Não entendo a transferência para Tomar!!!!!! KMs e KMs sem motivos.... Em Tomar nada fizeram!!!

Trapalhada, atrás de trapalhada que culminou com a perda de uma vida. Infelizmente o meu pai não teve a sorte de ser atendido por médicos competentes nas urgências de Torres Novas. E assusta-me haver milhares de pessoas sujeitas a essa incompetência. Estamos entregues à sorte quando entramos pelas urgências do Hospital de Torres Novas.

É uma situação típica para reportagem CMTV.

Agradecemos pf. alguns esclarecimentos sobre todas estas situações, e que avaliem, para que possamos ter uma melhor prestação de cuidados de saúde, com foco no utente. [...]

II.2. Da reclamação REC/92413/2020

6. A ERS teve também conhecimento em 26 de dezembro de 2019, da reclamação subscrita por DB, em 9 de setembro de 2019, que refere em suma o seguinte:

“[...] Desloquei-me de Abrantes juntamente com o meu avô VB que se encontra com um problema grave do foro urológico.

Às 14h00 de 9/09/2019 estávamos na urgência de Tomar com a vossa carta enviada através de uma médica do hospital de Abrantes onde constava que o doente teria de ser visto por um urologista.

Estivemos 6 horas à espera e solicitamos que informassem quando iríamos ser atendidos, pedido este ao qual nos informaram que o médico dessa especialidade não atendia o telemóvel desde as 4 da tarde e que não sabiam se iria demorar muito ou pouco.

Na segunda vez, já com a presença do meu avô desloquei-me junto da médica e só nesse momento ligou para os médicos e nos informou que estes já não se encontravam no Hospital.

Relembro que estivemos 6 horas à espera e só agora às 20h30 a doutora nos disse para nos voltarmos a apresentar amanhã pelas 10h00 da manhã no hospital.

Como jovem de 21 anos sinto pena e até alguma vergonha de perceber o que está a acontecer no SNS. Esta reclamação é feita na esperança que haja uma mudança pois é desumano passar por o que se passou hoje e acredito que esteja longe de ser o mais grave que passou por aqui. [...]"

II.3. Do pedido de informação ao CHMT

7. Em 29 de janeiro de 2020, foi solicitado ao prestador que viesse aos autos prestar a seguinte informação:

“[...] [Quanto à situação do utente JD - REC/89166/2020]

1. *Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida reclamação;*
2. *Envio de cópia do relatório dos episódios de urgência do utente (Alert), nos dias 17, 21, 23, 25 e 26 de novembro de 2019;*
3. *Pronunciem-se sobre a transferência do utente para o Hospital de Tomar, em 25 de novembro de 2019, com informação sobre os contactos realizados e informação transmitida sobre a situação clínica do utente;*
4. *Envio de toda a documentação respeitante à transferência do utente nos dias 23, 25 e 26 de novembro de 2019;*
5. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.*

[Quanto à situação do utente VB - REC/92413/2020]

1. *Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida reclamação;*
2. *Envio de cópia do relatório dos episódios de urgência do utente (Alert), nos dias 9 e 10 de setembro de 2019;*
3. *Pronunciem-se sobre a transferência do utente para o Hospital de Tomar, em 9 de setembro de 2019, com informação sobre os contactos realizados e informação transmitida sobre a situação clínica do utente;*
4. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]*

II.4. Da resposta à REC/89166/2020

8. Por ofício rececionado em 4 de março de 2020, o CHMT veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] Relativamente à vossa solicitação de informação sobre a exposição apresentada por BS, junto anexamos esclarecimentos prestados pela Sra. Diretora do Departamento de Urgência. Mais informamos que de acordo com N/Ref [...], se encontra em curso processo de inquérito, por deliberação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo de 03/01/2020. [...]”

9. O prestador vem ainda juntar a seguinte informação da Diretora do Departamento de Urgência, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever: *“[...] Em resposta à reclamação [...], pela avaliação do processo clínico, não fica esclarecido o motivo pelo qual o utente não foi internado através do SU no dia 21/11/2019. o motivo pelo qual foi transferido para o Serviço de Medicina 4 da Unidade de Tomar e não para o Serviço Pneumologia no dia 25/11/2019, o motivo pelo qual não foi contactada UCIP para eventual transferência no dia 25/11/2019 aquando do agravamento clínico, tendo o utente sido transferido inicialmente para a Unidade de Torres Novas no dia 26/11/2019 e posteriormente Unidade de Abrantes no mesmo dia, onde acabou por falecer. Assim, venho por este modo solicitar a abertura de Processo de inquérito do episódio de urgência n.º [...] e internamento do utente com o processo [...]*”

10. Ainda, veio o CHMT juntar aos autos cópia dos registos dos episódios de urgência dos dias 17, 21 e 23 de novembro de 2019 e registo do internamento dos dias 23 a 26 de novembro de 2019, que para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:

17-11-2019

- a) o utente deu entrada no SU, pelas 07:53h, com prioridade muito urgente (laranja);
- b) Fluxograma: Dispneia - Observações: Vem por dor torácica anterior com irradiação posterior + dispneia desde hoje. Antecedentes de Enfarte + fibrose pulmonar.
- c) O utente teve 1ª observação pelas 08h13 e novamente pelas 11h52 por Medicina Interna;
- d) O utente teve alta pelas 14h19.

21-11-2019

- a) o utente deu entrada no SU, pelas 13h31, com prioridade muito urgente (laranja);
- b) Fluxograma: Dispneia - Observações: Vem por dispneia + cansaço fácil desde há 3 dias. Antecedentes de fibrose pulmonar. Acomodado em cadeirão.
- c) O utente teve a 1º observação pelas 14h34 sem mais registos de acompanhamento do utente.
- d) O utente teve alta pelas 20h06.

23-11-2019

- a) o utente deu entrada no SU, pelas 11h22, com prioridade muito urgente (laranja);
- b) Fluxograma: Dispneia - Observações: Vem por dispneia com esforço respiratório, respiração abdominal. AP- fibrose pulmonar e ic.
- c) O utente teve a 1º observação pelas 11h01 e novamente pelas 12h04;

d) O utente ficou internado no Hospital de Abrantes.

25-11-2019

a) O utente foi transferido do Hospital de Abrantes para o Hospital de Tomar (Cirurgia 3), apesar de não constar do registo clínico nem os contactos prévios realizados para a transferência do utente, nem que o Hospital de Tomar aceitou o utente.

Dia 26-11-2019

a) No Hospital de Tomar é realizado contacto, pelas 13h45, com Pneumologia do Hospital de Torres Novas, que aceita o utente e este é transferido para aquela unidade hospitalar.

b) No Hospital de Torres Novas, é realizado contacto com o Hospital de Abrantes, pelas 18h11, para internamento na UCIP, que é aceite pelo hospital e o doente transferido para aquela unidade hospitalar.

c) Já no Hospital de Abrantes, existe novo registo pelas 21h13, onde é verificado o óbito às 21h.

11. Por ofício rececionado em 18 de junho de 2020, o prestador veio ainda prestar os seguintes esclarecimentos adicionais:

“[...] Na sequência da reclamação supra melhor identificada em epígrafe [...], o Conselho de Administração de Centro Hospitalar do Médio Tejo E.P.E., deliberou abrir Processo de Inquérito, a saber, Processo n.º 02/2020.

Decorrida a tramitação e instrução do supra referido processo e em face das conclusões e enquadramento dos factos, procedeu-se ao arquivamento do mesmo, porquanto não se verificou qualquer tipo de indício que comprove comportamentos negligentes por parte dos profissionais envolvidos na assistência prestada ao utente, já falecido, nos diversos episódios relatados. [...]”.

“[...]”

RELATÓRIO

I - INTRODUÇÃO

O presente processo de inquérito iniciou-se com a deliberação de 3 de janeiro de 2020, do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., na sequência da reclamação n.º 89166/2019 à Entidade Reguladora da Saúde, apresentada por BS, referente à assistência prestada ao utente JD, seu pai, já falecido. Na supra referida deliberação foi a aqui signatária nomeada instrutora incumbida da realização do subsequente processo de inquérito.

DILIGÊNCIAS EFETUADAS

1. Iniciadas as diligências de inquérito procedeu-se a:

- a) *Inquirição do médico prestador de serviços no Serviço de Urgência Básica da Unidade de Torres Novas, Dr. YK;*
- b) *Inquirição do médico prestador de serviços no Serviço de Urgência Básica da Unidade de Torres Novas, Dr. RM;*
- c) *Inquirição da médica internista no Serviço de Medicina V da Unidade de Torres Novas, Dr^a ARS;*
- d) *Inquirição do médico prestador de serviços no Serviço de Medicina IV da Unidade de Tomar, Dr. AH;*
- e) *Inquirição do médico prestador de serviços no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica da Unidade de Abrantes, Dr. VM.*

2. Foram juntos aos autos os seguintes documentos:

- *Reclamação apresentada pelo filho do utente falecido, BS; - Registos de admissão às urgências, alta das urgências e resumo clínico do utente falecido do programa SONHO;*
- *Registo do programa S. Clínico relativos ao processo do utente falecido, JD (sobre o qual versa o objeto do presente procedimento);*
- *Proposta de Abertura de processo de Inquérito e deliberação de abertura de processo de inquérito do CA com a nomeação do Instrutora, Dr.^a HM, Diretora do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação em Tomar;*
- [...];
- [...].

II FACTOS APURADOS

Das diligências de inquérito foi possível apurar que:

1. A exposição reporta-se à análise das várias assistências hospitalares prestadas ao doente JD, já falecido, decorridas entre os dias 17 e 26 de novembro do ano transato.
2. O filho, exponente, relata que o pai terá sido assistido duas vezes nas urgências básicas da Unidade de Torres Novas (dias 17 e 21 de novembro) onde terá realizado exames e tido alta, umas horas depois, tendo saído com alguma medicação. A situação do doente terá piorado e no dia 23 de novembro terá sido chamado o INEM e o doente transportado para Unidade de Abrantes, onde deu entrada nas urgências médico cirúrgicas, aí permanecendo até ser transferido para uma cama de medicina na Unidade de Tomar no dia 25. No dia seguinte, 26, terá sido transferido para Torres Novas para o serviço de Pneumologia onde foi observado e encaminhado de urgência para Abrantes, tendo falecido pelo caminho.
3. Da exposição do reclamante não de vislumbrou qualquer tipo de discordância nem contestação às altas clínicas do dia 17 e 21 de novembro, o que foi confirmado pelos próprios médicos que o assistiram.
4. Todos os médicos envolvidos na prestação de cuidados ao doente já falecido se recordavam bem da situação em apreço, bem como do histórico do doente e das decisões tomadas em resultado da observação que efetuaram à exceção da Dr.^a ARS, que apesar de concordar com o que escreveu em diário clínico para a situação em concreto, não se recordava nem de ter sido chamada às urgências nem do doente em causa.
5. As transferências que se deram nas últimas 24 horas de vida do doente deixaram o filho, ora exponente, equivocado sobre a dinâmica e organização dos serviços no CHMT e inexistem evidências que lhe tenha sido explicada a justificação daquelas transferências.
6. De forma geral foi possível apurar que nos serviços de urgência e medicina inexistem equipamentos de ventilação não invasiva suficientes para suprir as necessidades de uma população sobretudo envelhecida que dá entrada elou sofre de patologias respiratórias graves.

III ANÁLISE DOS FACTOS

Da análise dos factos explanados na reclamação, das inquirições dos intervenientes e das descrições em diário clínico, e, sem descorar do fim penoso que culminou com a morte (por doença grave) do doente, foi possível observar da inexistência de má prática clínica ou qualquer tipo de comportamento negligente por parte dos profissionais envolvidos. Senão vejamos:

No dia 17 de novembro transato, o doente JD, já falecido, deu entrada no SUB da Unidade de Torres Novas com quadro clínico de dor precordial e com antecedentes de fibrose pulmonar em estado avançado, tendo sido observado pelo Dr. YK que após ter providenciado por análises e outros MCDT's necessários (RX, eletrocardiograma), solicitou apoio à Medicina V afim de esclarecer eventuais dúvidas e procedimentos a seguir, tendo agido com zelo e prudência na prossecução da sua atividade de prestar os melhores cuidados possíveis. Desta forma, repetidas as análises e encontrando-se hemodinamicamente estável dentro do quadro grave que apresentava, foi-lhe dada alta clínica com indicação de que se sentisse mal que deveria voltar às urgências, sendo que não houve qualquer tipo de objeção relativamente à alta, nem por parte do próprio nem por parte de quem o acompanhava.

No decurso deste primeiro episódio às urgências a Dr.^a ARS, chamada pelo colega YK, e não se lembrando do caso em apreço, confrontada com as suas observações em diários clínico e enquadrada com a situação, corroborou que inexistiam sinais de alarme e que recomendou que o doente ficasse umas horas em observação, sendo que posteriormente o doente repetiria análises.

No dia 21 o doente voltou às urgências da Unidade de Torres Novas, com queixas de falta de ar, tosse e cansaço próprio da doença que padecia, tendo sido observado pelo Dr. RM tendo repetido RX, realizado gasometria e análises, que já estariam um pouco alteradas em consequência da doença, tendo-lhe sido administrado ventilan e soro fisiológico durante o tempo que esteve nas urgências em observação. Relativamente à alteração dos dímeros e do valor da troponina que o filho expõe como se de um enfarte se tratasse, em declarações mencionou não ter dado muito importância a essa alteração porque o doente não estaria com um quadro de falta de ar muito acentuada que pudesse indiciar que algo de mais grave estivesse a ocorrer. Tal valor já se encontrava ligeiramente alterado nas

análises do dia 17. Uma vez que umas horas depois apresentou melhoras, dentro do quadro irreversível da doença em causa, foi-lhe dada alta clínica com prescrição de bomba e antibiótico.

No dia 23 de novembro foi observado nas Urgências Médico-cirúrgicas da Unidade Hospitalar de Abrantes, pelo Dr. VM, que além de se recordar bem do episódio em causa e do RX ao tórax com a função pulmonar completamente comprometida tendo ficado admirando como é que o doente ainda estaria relativamente estável com aquele quadro clínico de degradação. Saliou que o doente, uma vez estabilizado, foi transferido para uma cama de medicina para a Unidade de Tomar - que são camas de internamento de Medicina que estão inseridas dentro da Cirurgia 3 - para evitar a acumulação de doentes nas urgências e que teria ido para a Unidade de Tomar e não para a Unidade de Torres Novas por falta de vagas nesta Unidade Hospitalar. Esclareceu ainda que a distribuição dos doentes é levada a cabo pela Chefe de equipa, que no dia era a Dr.^a TF.

Em Tomar, no internamento, o doente terá sido observado pelo Dr. AH que além ter referido lembrar-se igualmente bem do doente, salientou com grande desagrado a inexistência de ventiladores não invasivos na Medicina IV e nas Urgências, sendo algo que já vem reportando incessantemente sem ter logrado qualquer resultado, uma vez que não conseguem dar resposta a uma população envelhecida e com muitas necessidades aos níveis da função respiratória. Acrescentou que o doente foi transferido para a Unidade de Tomar apenas com oxigénio, o que para um doente com uma patologia em estado tão avançado não era suficiente e que por isso o encontrou instável. Uma vez manipulado um equipamento antigo com ajuda das enfermeiras conseguiram estabilizar com ventilação não invasiva, sendo que o doente ficou com níveis de saturação de oxigénio a 97%. Concluiu que no dia seguinte o doente estabilizado foi transferido para a Pneumologia (serviço onde era há anos acompanhado) onde foi observado pelo Dr. O que o enviou de urgência para a UCP em Abrantes onde veio a falecer, conforme observado em diário clínico redigido pelo Dr. AR.

Pelo exposto, conclui a instrutora do presente processo pelo seguinte:

- O doente em apreço era portador de inúmeras comorbidades, nomeadamente fibrose pulmonar idiopática, cardiopatia isquémica em quadro de degradação aguda;*

- *As admissões e assistências ao nível das urgências hospitalares, com quadro de falta de ar, tosse e dor precordial, risco elevado ao nível da função respiratória não foram relativizadas nem preteridas pelos profissionais de saúde que providenciaram pela realização de exames e análises assegurando ao doente, em estado de degradação fugaz os cuidados e melhoria ligeira do seu estado de saúde, conforme se pode constatar pelas descrições exaustivas e detalhadas nas observações médicas;*
- *Inexistência de qualquer tipo de má prática ou negligência clínica, sendo que foi possível aferir que os profissionais envolvidos fizeram tudo o que teriam ao seu alcance para suavizar e melhorar uma situação que estava a entrar em rápida degradação;*
- *Necessidade de se evidenciar e explicar aos doentes e aos familiares daqueles que a gestão administrativa e distribuição dos doentes obedece a um protocolo, não sendo um processo desgarrado o de certa forma "ad hoc";*
- *Deverão ser diligenciadas medidas que permitam o reforço/aquisição de equipamentos em falta nos serviços de urgências e nas medicinas, mormente, Ventiladores não Invasivos, na medida em que existem aparelhos ultrapassados, antigos e os que se encontram em uso e em condições não são suficientes para suprir as necessidades mais prementes naqueles serviços, que são muitas.*

IV CONCLUSÃO

Assim propõe-se:

1. *O arquivamento do presente processo de inquérito, uma vez que inexistem condutas negligentes ou que evidenciem má prática clínica por parte de todos os profissionais envolvidos.*
2. *Deverá o participante ser notificado das conclusões do presente processo, sendo que entende a instrutora, que se deverá explicar e justificar a transferência do doente para cirurgia 3 de Tomar (Internamento de Medicina IV)*
3. *Deverá, finalmente, notificar-se a ERS das conclusões do presente processo.*

II.5. Parecer do perito médico consultado pela ERS

12. Considerando os elementos constantes dos autos foi solicitado, em 4 de fevereiro de 2021, parecer clínico a perito médico consultado pela ERS, o qual, em 9 de março de 2021, emitiu um relatório de apreciação clínica no qual sustenta o seguinte:

“[...]”

Homem de 64 anos, hipertenso, com cardiopatia isquémica e plastia coronária com stent desde 2003, diabetes mellitus tipo 2 com nefropatia diabética a fazer insulina, pneumonia intersticial por fibrose pulmonar que, após duas idas ao SU do Hospital de Torres Novas com alta para casa (17/11 e 21/11 2019) por cansaço e dispneia, a 23/11/2019 é levado pelo INEM, por novo agravamento da sintomatologia, ao SU do Hospital de Abrantes, onde fica internado.

A 25/11/2019 é transferido para o Hospital de Tomar e a 26/11/2019 para o Serviço de Pneumologia do Hospital de Torres Novas que, horas depois, o transfere para a UCIP do Hospital de Abrantes, onde é verificado o óbito à entrada.

Na documentação enviada está registado:

SU Hospital de Torres Novas

*- 17/11/2019 07:53 - Triado com a prioridade clínica de **Muito Urgente** (Laranja) por “dor torácica anterior com irradiação posterior + dispneia desde hoje. Antecedentes de enfarte + fibrose pulmonar”*

Registos médicos (identificação com nome, mas sem qualificação):

*08:13 - “...SatO2 - 81% em aa (ar ambiente). Eupneico em repouso. Pede-se análises”. Resultados às 09:41:52: **Glicose-317mg/dl (ref 74-110); ureia-72mg/dl (ref 17-43); creatinina-1.6mg/dl (ref 0.6-1.3); troponina I de alta sensibilidade 4.7 (ref <2.3); pO2 53mmhg (ref 83-108); Sat O2-81% em aa(ref 95-98); D-Dímeros 4086 (ref >500)***

11:52- “...SatO2 92% ... analiticamente discreta elevação dos parâmetros inflamatórios. Trop 4,7. Fica em vigilância. Repete troponina”. Resultado 13:35:55 - 5.0

14:12- “Análises sem evolução. Encontra-se assintomático, nega dor ou outras queixas”.

14:19-Alta “Destino: EXTERIOR NÃO REFERENCIADO”.

- **21/11/2019 13:52** - Prioridade clínica **Muito Urgente** (Laranja) por “...dispneia + cansaço fácil desde há 3 dias...Oximetria periférica 79%...”

14:34 – “recorre por falta de ar de moderada intensidade, tosse frequente, com expectoração escassa, nega febre. Plano: Peço análises + Rx de torax.” (Resultado analises 15:23:51 - **Troponin de alta sensibilidade 23.5**; (imagem de Rx torax enviada sem condições de leitura) Medicado com aerossol Salbutamol.

20:06- Alta. “Destino: EXTERIOR NÃO REFERENCIADO”

Hospital de Abrantes

- **23/11/2019 10:42 SU** - Prioridade **Clínica Muito Urgente** (laranja) “Vem por dispneia com o esforço, respiração abdominal...Oximetria periférica 85% ar atmosférico”

Registos Médicos SU

11:01- “Recorre por dispneia com 2 dias de evolução. SatO2 – sem O2 - 66%....pede-se análises ... gsa em aa 31;

12:04 “... análises d-dimeros 7600; ...decide-se internamento

(Não registado resultado de análise 11:49:43 – **Troponina I alta sensibilidade: 39.0 (ref.<2,3)**

Registos Médicos Internamento

- **23/11/2019 12:11** - “...1 dia de internamento.....inicia levofloxacina.”

-**24/11/2019 09:53** - “D2 de internamento...Problemas # Pneumonia bilateral. Plano: ajuste terapêutica ... Aguarda hemoculturas. Peço controlo analítico para amanhã.”

- **25/11/2019 11:15** - ... Problemas –DPOC agudizado D3 de internamento por infeção respiratória, insuficiência respiratória tipo1. Fibrose pulmonar avançada

com seguimento em CE Pneumologia. Algo melhorado. Sem febre... análises. Plano: ajusto terapêutica. Aguardo hemoculturas.”

Hospital de Tomar

*Não há registo médico a justificar a transferência para este hospital. Há uma referência no **Inquérito interno** “o doente, uma vez estabilizado, foi transferido para uma cama de medicina para a Unidade de Tomar - que são camas de Medicina que estão inseridas dentro da Cirurgia 3 [...] e que não foi para a Unidade de Torres Novas por falta de vagas nesta unidade hospitalar.*

*- 25/11/2019 19:50 – “Doente transferido do H. ABT... Dispneia/Taquipneia TT 38°C. Tosse com expectoração hemoptoica em pequena quantidade...Taquicardia de 126...com hipoxemia severa.... **Iniciada VNI, dispositivo disponível no H.TMR disfuncionante... Informado pela enfermagem do SU que não tem autorização para disponibilizar VNI da SE. Contactada Dra. CM que informou da indisponibilidade de VNI para H.TMR. Os médicos do SUB não tem autorização para transportar doentes do internamento. Adaptação relativa ao VNI após troca.”***

- 26/11/2019

11:31- “Internado por agudização de dificuldade respiratória em doente com Fibrose Pulmonar idiopática... Dessatura quando retira o BIPAP para alimentação. Contactamos o Dr L que segue o doente em consulta. Sugeriu contactar o Pneumologista de Serviço (Dr. O), para possível transferência do doente.

13:45 – “...contacto com a Pneumologia (Dr. O) que recebe o doente...”

Hospital de Torres Novas,

- 26/11/2019 18:11 - “... Doente consciente e orientado, polipneico (FR até 40), que dessatura facilmente se desconectado de BIPAP... Família informada do prognóstico reservado. Contactada UCIP de Abrantes, Dr. AR que aceita o doente. Procede-se à transferência do doente em Ambulância sob BIPAP e O2.

Hospital de Abrantes

- **26/11/2019 21:13** - "...doente sob ventilação com insuflador manual por bradipneia e dessaturação periférica. EOT com TOT nº 8 sem sedação. Apesar de EOT doente evolui para AESP. Tendo em conta as comorbilidades... e o quadro de exacerbação aguda, opta-se por não iniciar manobras de SAV (decisão concertada com Dr. O). Verificado o óbito às 21h

Em face da apreciação clínica que antecede, cumpre apresentar as seguintes conclusões e recomendações:

1-O doente, **com cardiopatia isquémica e coronarioplastia com stent desde 2003**, quando recorreu pela primeira vez ao SU do Hospital de Torres Novas (17/11/2019 14:19), para além da descompensação da diabetes (glicose de 317mg/dl) e insuficiência renal crónica (72mg/dl; ureia 1.6) tinha uma **troponina I** de alta sensibilidade aumentada (4.7) confirmada com nova análise (5.0); entrou, para além da dispneia e cansaço com dor precordial com irradiação posterior. O ECG feito, apesar das alterações que apresentava não indiciarem isquemia aguda, não devia ter sido tranquilizador – devia ter-se sido complementado com outros meios auxiliares de diagnóstico, ecocardiograma, por ex. um período de 24/48 horas de observação médica, o que não aconteceu. Apesar de o doente ter outras patologias agudizadas que também podem dar subida da troponina I, a sintomatologia que apresentou e os antecedentes de cardiopatia isquémica com enfarte e coronarioplastia com stent, a tal obrigavam.

Quando no dia 21/11/2019 13:52, volta ao SU do Hospital de Torres Novas, "por dispneia + cansaço fácil desde há 3 dias", o doseamento da troponina I (15:23:51) tinha subido para **23.5 (Risco de enfarte do miocárdio Alto se >19.8)**. Apesar da evolução deste dado, o doente voltou a ter alta, não constando em nenhum registo médico a valorização deste resultado. Tem alta para casa às 20:06h, medicado para a sintomatologia respiratória "Destino: **Exterior NÃO REFERENCIADO.**"

De salientar que nestas duas vindas ao SU com alta no mesmo dia, horas depois, a Triagem de Manchester atribuiu sempre a Prioridade Clínica de **Muito Urgente (Laranja)**.

Quando da ida ao SU do Hospital de Abrantes, levado pelo INEM, a 23/11/2019 por “...dispneia com mais de dois dias de evolução” as análises mostram um valor de D-Dímero de 7600 e é decidido o internamento.

Além da descompensação da função respiratória, a troponina I de alta sensibilidade era agora de **39.0** (11:49:43). (De 17/11 para 23/11 sobe de 5.0 para 39.0) Este dado volta a não constar nos registos médicos!

A 24 e 25/11/2019 mantém glicemias de **266-268 mg/dl** respectivamente e insuficiência respiratória (pO₂ 69 mmHg com O₂ a 8L/min), e no registo médico de 24/11/2019 09:53, está assumido o diagnóstico de “Pneumonia bilateral com insuficiência respiratória tipo1.” o que devia ter impedido a transferência, nas condições registadas, no dia seguinte, para uma cama de medicina na área cirúrgica de uma unidade sem as condições mínimas exigidas (Inquérito Interno declarações Dr. AH “...**salientou com grande desagrado a inexistência de ventiladores não invasivos na Medicina IV e nas urgências,... Acrescentou que o doente foi transferido para a Unidade de Tomar apenas com oxigénio, o que para o doente com uma patologia em estado tão avançado não era suficiente e que por isso o encontrou instável.**” e sem normas claras de atuação (como consta na entrada de **25/11/2019** 19:50 deste relatório, a propósito da cedência de um BIPAP para substituição de outro avariado!).

O doente não foi corretamente avaliado. A situação clínica obrigava a que, a haver transferência fosse para um Serviço idóneo - de Medicina Interna em pleno funcionamento ou Pneumologia. Neste caso Unidade de Torres Novas, onde era seguido, e para onde foi no dia seguinte, transferido do Hospital de Tomar que não tinha condições para o receber.

A transferência efetua-se a 26/11/2019, contactado o Serviço de Pneumologia, que após reavaliação, (registo médico às 18:11) o reencaminha para a UCIP do Hospital de Abrantes onde é admitido em paragem cardio respiratória.

(Não há registo desde as 18:11 às 21:00h - O doente sairia com BIPAP do Hospital de Tomar e entra no Hospital de Abrantes com entubação orotraqueal “sob ventilação com insuflador manual”. Não é possível saber quem acompanhava o doente e o que aconteceu durante o trajeto entre estes hospitais, por ausência de documentação!).

*De 17/11 07:30 a 26/11 2019 21:00 este doente é observado em três episódios de Urgência, com alta nos dois primeiros (Torres Novas), tem um episódio de internamento de dois dias no terceiro (Abrantes), um episódio de cerca de 24 horas de internamento (Tomar), um internamento de horas (Torres Novas) e regresso ao hospital de Abrantes de onde saíra no dia anterior; foi observado por nove (9) médicos – três no SU e seis nos episódios de internamento e tendo em registos distintos os diagnósticos de **fibrose pulmonar idiopática com infeção respiratória e insuficiência respiratória tipo1, DPOC agudizado, Pneumonia bilateral** - diagnósticos registados por médicos e episódios diferentes.*

O doente foi observado e medicado nas três Unidades do Centro Hospitalar do Médio Tejo, sem ter a assistência médica que a situação clínica requeria, por falta de coordenação dos cuidados.

Os serviços de Urgência, local de decisões médicas adequadas e atempadas, têm que ter uma hierarquia organizacional funcionante responsável última das decisões feitas. (Na documentação enviada só consta o nome do médico que fez o registo, mas não a sua qualificação profissional).

As transferências entre Unidades Hospitalares, ou entre hospitais, só devem ter lugar para benefício do doente, e asseguradas quer a segurança do transporte, quer as condições e a idoneidade das unidades para onde são transferidos.

Pelo dito, é de recomendar:

- Que seja revista a atuação médica no Serviço de Urgência, tendo em conta a competência e a hierarquização profissional nas decisões, mormente no momento de alta.*
- Que sejam implementados protocolos de transferência que respeitem a segurança e o bem-estar do doente.*
- Que todos os exames auxiliares de diagnóstico sejam analisados, ponderados e contextualizados. Caso contrário serão inúteis.*
- Que o Registo Clínico seja atempado, correto e completo. “O que não está registado, não existe”.*

[...]

II.6. Da resposta à REC/92413/2020

13. Em 4 de março de 2020, veio o prestador prestar os seguintes esclarecimentos sobre o episódio de urgência relativo ao utente VB:

“[...] 1. O apoio do Serviço de Urologia aos Serviços de Urgência das 3 unidades (SUMC de Abrantes e SUB's de Tomar e Torres Novas) faz-se por meio telefónico e com horário limitado (dias úteis das 9-20 horas). Assim, o médico do S.U. que necessita desse apoio deverá estabelecer a comunicação telefónica com o médico urologista (telefone móvel próprio para o efeito nº #310), que orientará o caso para o internamento no Serviço de Urologia, para uma avaliação presencial em consulta (se necessário for no mesmo dia) ou para o ambulatório.

2. O utente foi observado no SUMC no domingo dia 8/9/2019. Sendo um doente seguido na CE de Urologia e como não tendo sido possível resolver definitivamente a situação clínica, a médica deu indicação para voltar ao Hospital no dia seguinte, segunda-feira, dia em que já haveria apoio da especialidade, para a situação poder ser devidamente encaminhada. Na segunda-feira dia 9/9/2019, não se conseguiu estabelecer contacto telefónico com a Via Verde Urológica uma vez que os médicos Urologistas estariam no Bloco Operatório em atividade cirúrgica. O utente voltou para casa e foi atendido no dia seguinte pelo seu Urologista assistente. Conforme a resposta enviada à reclamante, admitiu-se uma lacuna na articulação que está protocolada entre o Serviço de Urgência e o Serviço de Urologia.

3. Anexam-se cópias dos registos no suporte informático SClínico. [...]”

14. Da informação carreada para os autos, é possível constatar:

8 de setembro de 2019

a) o utente deu entrada no SU do Hospital de Abrantes tendo sido triado, pelas 14h54m com prioridade urgente (amarelo), com *queixa de dificuldade em urinar e diminuição de débito urinário.*

b) a 1ª observação médica foi registada pelas 15h45m.

c) O utente teve alta pelas 16h06m, com a seguinte informação: *“[...] com indicação para ser avaliado por urologia [...]”;*

9 de setembro de 2019

a) o utente deu entrada no SU de Tomar, tendo sido triado pelas 14h34, com prioridade pouco urgente (pulseira verde), com a seguinte observação [...] Referenciado pelo Hospital de Abrantes para observação de urologia por história de disúria por aparente obstrução;

b) a 1ª observação médica foi registada pelas 16h39 com a seguinte informação “[...] *Múltiplas tentativas de contacto via telefónica com urologia sem sucesso. Novo contacto com urologia com urgência, sem sucesso volto a tentar posteriormente (18h08m) [...]*”

c) o utente teve alta às 08h01m de dia 10 de setembro de 2019.

10 de setembro de 2019

a) o utente foi inscrito em consulta urgente de urologia, às 09h55m.”.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

15. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;

16. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.

17. Consequentemente, o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde sujeita à regulação da ERS.

18. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “a *supervisão da atividade e funcionamento dos*

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.

19. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas b), c) e d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”.

20. No que toca, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas.

21. Já no que se refere ao objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS “garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”.

22. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

23. Pelo que, tal como configurada, a situação objeto de análise nos presentes autos, poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses dos utentes, mas também na violação de normativos que à ERS cabe acautelar na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS.

III.2. Dos direitos do utente dos serviços de saúde

24. Inserido no Capítulo II (*“Direitos e deveres sociais”*), do Título III (*“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”*), da Parte I (*“Direitos e deveres fundamentais”*) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o *“direito à protecção da saúde”*, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da *“realização da democracia (...) social”* (artigo 2.º da CRP).

25. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, *“[p]ara assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”* (alínea a)) e *“[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade”* (alínea d)).

26. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro.

27. Com efeito, estabelece a alínea b) da Base 2 da LBS que *“todas as pessoas têm direito [a] aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”*.

28. Efetivamente, o disposto na alínea supra transcrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à protecção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela protecção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por

aqueles utilizados deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.

29. Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados, traduzindo uma preocupação evidente em garantir que, em cada uma das concretas fases do tratamento, aqueles cuidados são prestados num hiato temporal razoável.

30. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.

31. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os *“Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde”*.

32. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito a *“a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita”* (n.º1) e *“à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).

33. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantíssimos critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser *“prestados humanamente e com respeito pelo utente”*, o que evidencia, uma vez mais, a interligação fortíssima entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.

34. Importa ainda ressaltar que, realizando-se o direito à proteção da saúde através de um *“serviço nacional de saúde universal, geral e (...) tendencialmente gratuito”* (n.º 2 do artigo 64.º da CRP), não poderá surpreender que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente se encontre também expressamente consagrado no regime jurídico e estatutos aplicáveis às unidades

de saúde do SNS (Decreto-lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro), nomeadamente nos artigos 4.º (alíneas b) e c)) e 5.º (alínea b)).

III.3. Da transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

35. Da experiência regulatória e de supervisão da ERS resulta que parte significativa dos constrangimentos ao direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde está relacionada com o processo de transferência inter e intrahospitalar de utentes.

36. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou recentemente o Regulamento 964/2020 (doravante Regulamento) - publicado em Diário da República no dia 3 de Novembro de 2020 (2.ª Série, n.º 214, páginas 115 a 121) - que *“estabelece as regras aplicáveis ao processo de transferência de utentes e define os mecanismos organizacionais que possibilitam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”* (artigo 1.º).

37. Conforme se pode ler no seu preâmbulo, o aludido Regulamento visa *“harmonizar os procedimentos existentes em matéria de transferência de utentes, através da instituição de um conjunto de regras, de cariz imperativo, que estabeleçam uma disciplina geral sobre os princípios, obrigações e boas práticas subjacentes ao processo de transferência de utentes e, bem assim, definir as condições de organização, coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*.

38. Na verdade, *“a opção pela aprovação de um regulamento com eficácia externa [permite] fixar as regras mínimas a observar sempre que ocorre uma transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conferindo, dessa forma, maior certeza e segurança a todos os intervenientes na sua concretização e, conseqüentemente, maior proteção aos direitos dos utentes”* – Cfr. Preâmbulo do aludido Regulamento.

39. Pese embora o Regulamento 964/2020, de 3 de novembro não se encontrasse ainda em vigor à data dos factos – e, por maioria de razão, não seja aplicável à factualidade subjacente aos presentes autos de inquérito – justifica-se a

sua abordagem autónoma no presente projeto de deliberação, tendo em conta a atuação regulatória que, a final, se propõe adotar.

40. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.

41. Em primeiro lugar, importa sublinhar que *“as regras e princípios constantes do [...] regulamento são aplicáveis a todas as transferências físicas de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, sempre que as mesmas determinem uma transmissão de responsabilidade, temporária ou definitiva, sobre os cuidados de saúde a prestar, nomeadamente: a) As transferências no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes; (...) c) As transferências programadas para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade”* (artigo 2.º, n.º 1, alíneas a) e c) do Regulamento).

42. Em segundo lugar, impõe-se esclarecer que *“[a] decisão de transferência de utentes é um ato médico, devendo ser fundamentada e tomada sempre que se verifiquem pelo menos duas das seguintes situações: a) A condição clínica do utente o justifique; b) Decorra de pedido expresso do utente; c) Da mesma resulte um benefício para o utente”* (n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento).

43. Em concretização do disposto no n.º 1, o n.º 2 daquele artigo 7.º esclarece que *“(...) o estabelecimento de origem deve ponderar: a) Os benefícios da transferência para a condição clínica do utente, bem como os riscos associados ao transporte; b) As potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do utente”*.

44. É que, como sinaliza o n.º 3 do artigo 7.º do Regulamento, *“[a] decisão de transferência do utente, a escolha da equipa de acompanhamento e do meio de transporte são da responsabilidade do estabelecimento de origem, devendo ser aptas a garantir a integração, qualidade e continuidade do nível de cuidados de saúde”*.

45. Em suma, como muito bem sintetiza o n.º 2 do artigo 6.º do Regulamento, *“[o] procedimento de transferência de utentes deve ter por base a articulação entre*

os diversos níveis e tipos de cuidados, numa lógica de complementaridade entre as entidades que integram o sistema de saúde”.

46. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem² (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino³ (artigo 5.º).

47. Assim, compete, desde logo, ao estabelecimento de origem “[e]stabelecer um contacto prévio [preferencialmente telefónico] com o responsável do estabelecimento de destino, descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente” – Cfr. artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1 do Regulamento.

48. Devendo, ademais, “*ser devidamente registada no processo clínico do utente a identificação dos responsáveis na origem e no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado nos termos do n.º 1, bem como a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente*” – Cfr. artigo 8.º, n.º 2 do Regulamento.

49. Ora, além das razões da transferência, o estabelecimento de origem tem ainda a obrigação de esclarecer, entre outros, o utente e o seu acompanhante, sobre os termos em que a continuidade da prestação de cuidados de saúde fica garantida no estabelecimento de destino – Cfr. artigo 12.º, n.º 1 do Regulamento.

50. Para efeitos de operacionalização da transferência, o estabelecimento de origem, sempre que possível antes de a mesma ser concretizada, deverá obrigatoriamente comunicar, entre outros, ao utente e ao acompanhante, através de contacto pessoal ou telefónico, a necessidade daquela transferência e a identificação do estabelecimento de destino, devendo todas estas comunicações ficar registadas no processo clínico do utente – Cfr. artigo 12.º, n.º 2 e 3 do Regulamento.

51. Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: “a) [r]eceiver o utente de acordo com o que tiver ficado estabelecido no contacto prévio com o

² Isto é “o estabelecimento prestador de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo ou social onde é elaborado o primeiro plano de cuidados ao utente perante determinada necessidade concreta de prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea c) do artigo 3.º do Regulamento.

³ Ou seja, “estabelecimento prestador de cuidados de saúde do sector público, privado, cooperativo ou social para onde é transferido o utente para continuação da prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea d) do artigo 3.º do Regulamento.

responsável do estabelecimento de origem, efetuado nos termos do disposto no artigo 8.º; b) [a]bster -se de adotar qualquer comportamento que dificulte o regular funcionamento das redes de referência hospitalar instituídas no âmbito do SNS; c) [g]arantir, em tempo útil, a continuidade e nível dos cuidados de saúde necessários e adequados à situação específica do utente; d) [a]ssegurar a disponibilidade de condições físicas, técnicas e humanas à prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessite.” – Cfr. artigo 5.º do Regulamento.

52. Uma nota final para sublinhar que, como adverte o artigo 13.º do Regulamento, “[a] violação do disposto no presente regulamento é sancionável nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º, ex vi do artigo 17.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto –Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto”.

III.4. Análise da situação concreta

53. Face à situação em causa nos presentes autos, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do(s) episódio(s) clínico(s) relatado(s) e a sua compatibilidade com a necessidade de assegurar de forma permanente, efetiva e em tempo útil a prestação de cuidados de saúde que se apresentem como adequados à satisfação das necessidades dos utentes.

54. Assim, a atuação da ERS sobre a situação em causa estará delimitada às suas atribuições e competências, designadamente no que toca a “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.

55. Recorde-se que, não incumbe à ERS avaliar a correção técnica dos concretos cuidados de saúde prestados, nem avaliar a sua oportunidade e pertinência clínica, não lhe competindo pronunciar-se ou averiguar da conformidade ou desconformidade da atuação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) com as *leges artis*, porquanto essa é uma competência exclusiva das respetivas ordens profissionais.

56. Nesse sentido, e considerando que caberá à Ordem dos Médicos aferir da existência ou não de fundamentação clínica das decisões adotadas pelos profissionais responsáveis pelo atendimento do utente JD, nos dias 17 a 26 de novembro de 2019, devem os presentes ser remetidos àquela Ordem profissional.

57. Assim, no que toca à situação do utente JD, foi possível constatar que o utente recorreu ao SU nos dias 17, 21 e 23 de novembro de 2019.

58. Apenas no dia 23 de novembro de 2019, e apesar do utente ter sido triado sempre como uma situação muito urgente (laranja), foi o mesmo internado no Hospital de Abrantes;

59. No dia 25 de novembro de 2019, o utente foi transferido para o Hospital de Tomar, apesar de não constar dos registos a razão para a transferência, os contactos realizados e como foi operacionalizada a mesma;

60. Acresce que, no dia 26 de novembro de 2019, no decurso do internamento do utente no Hospital de Tomar, pelas 11h31, o médico assistente contactou o Pneumologista de serviço no Hospital de Torres Novas, para nova transferência do utente, que foi aceite e operacionalizado.

61. Acontece que, pelas 18h11, e já no decurso do internamento do serviço de Pneumologia do Hospital de Torres Novas, o utente piorou a sua condição de saúde, sendo contactada a UCIP do Hospital de Abrantes para admissão do utente.

62. O utente acabou por falecer durante o trajeto entre as duas unidades de saúde, tendo o óbito sido declarado pelas 21h00 no Hospital de Abrantes.

63. Ora, de acordo com o parecer do clínico consultado pela ERS “[...] *O doente não foi corretamente avaliado. A situação clínica obrigava a que, a haver transferência fosse para um Serviço idóneo - de Medicina Interna em pleno funcionamento ou Pneumologia. Neste caso a Unidade de Torres Novas, onde era seguido, e para onde foi no dia seguinte, transferido do Hospital de Tomar que não tinha condições para o receber. [...] O doente foi observado e medicado nas três Unidades do Centro Hospitalar do Médio Tejo, sem ter a assistência médica que a situação clínica requeria, por falta de coordenação dos cuidados. Os serviços de Urgência, local de decisões médicas adequadas e atempadas, têm de ter uma hierarquia organizacional funcionante responsável última das decisões feitas. (Na documentação enviada só consta o nome do médico que fez o registo, mas não a sua qualificação profissional). As transferências entre Unidades Hospitalares, ou entre hospitais, só devem ter lugar para benefício do doente, e asseguradas quer a segurança do transporte, quer as condições e a idoneidade das unidades para onde são transferidos. [...]*”

64. De tudo o que tem vindo a ser descrito, é possível concluir que os legítimos interesses e direitos do utente JD não foram respeitados, por não terem sido prestados os cuidados necessários e adequados à sua situação, evitando-se, nomeadamente, que o mesmo fosse sujeito a três processos de transferência intra-hospitalares.

65. Situação ainda mais grave por a situação ter culminado com o falecimento do utente.

66. Pelo que importa garantir a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, para acautelar que situações idênticas à dos autos, não se repitam.

67. Já no respeito ao utente VB, do que foi possível apurar em sede de inquérito, o utente deu entrada no SU de Abrantes, no dia 8 de setembro de 2019 tendo sido triado, pelas 14h54m com prioridade urgente (amarelo), com “[...] *queixa de dificuldade em urinar e diminuição de débito urinários*. [...]”;

68. O utente teve alta pelas 16h06m, com a informação “[...] *para ser avaliado por urologia* [...]”;

69. De facto, no dia 9 de setembro de 2019, o utente deu entrada no SU de Tomar, pelas 14h54, estando registada no episódio de urgência a seguinte observação: “[...] *Referenciado pelo Hospital de Abrantes para observação de urologia por história de disúria por aparente obstrução*”; “[...] *Múltiplas tentativas de contacto via telefónica com urologia sem sucesso. Novo contacto com urologia com urgência, sem sucesso volto a tentar posteriormente (18h08m)* [...]”;

70. Na verdade, o utente apenas seria visto por especialista às 09h55m do dia 10 de setembro de 2019, após ter sido inscrito em consulta urgente de urologia.

71. Ora, de acordo com a informação do CHMT, “[...] *admitiu-se uma lacuna na articulação que está protocolada entre o Serviço de Urgência e o Serviço de Urologia*. [...]”;

72. Não obstante, o CHMT não veio aos autos demonstrar ter adotado as medidas corretivas necessárias para mitigar este tipo de situação;

73. Pelo que também nesta perspetiva de análise se mostra necessária a adoção da atuação regulatória delineada.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

74. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável ex vi do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamado a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, os reclamantes BS⁴ e DB, bem como o prestador CHMT.

75. Decorrido o prazo concedido, a ERS rececionou, em 27 de abril de 2021, a pronúncia do prestador, nos seguintes termos:

“[...]”

Cumprir referir, desde já, que este Centro Hospitalar irá acatar as recomendações vertidas na proposta de deliberação remetida pela Entidade Reguladora da Saúde.

Assim, serão tomadas as devidas providências para reforço das recomendações, sendo que posteriormente, será dado conhecimento a essa Entidade dos procedimentos adotados para o efeito, dentro do prazo estipulado.

Face a tudo o aduzido e ao conteúdo da instrução vertida no projeto de deliberação remetido, vem o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. lamentar profundamente os episódios que originaram a abertura do presente inquérito e acolher na íntegra a referida proposta de deliberação, nos precisos termos em que foi emanada pela Entidade Reguladora da Saúde. [...]”.

76. Face à pronúncia do CHMT, importa notar que o prestador manifesta a sua vontade de coadunar o seu comportamento com a instrução projetada, no que respeita à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e adequado à situação clínica dos utentes;

77. Tendo para tanto demonstrado a intenção de dar cumprimento à mesma, sem que, contudo, tenha enviado documentação de suporte, comprovativa da implementação das medidas para tal preconizadas;

78. Acresce que, a intervenção regulatória, tal como prevista no projeto de deliberação regularmente notificado, visa igualmente a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações decorrentes das regras e orientações a cada momento aplicáveis, aptas a garantir, de forma permanente, a prestação dos

⁴ O ofício foi devolvido em 13 de abril de 2020 com a menção “Mudou-se”.

cuidados de saúde de qualidade em tempo útil e adequado à situação clínica de cada um;

79. E porquanto não foram trazidos ao conhecimento da ERS, quanto ao teor da instrução, quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, tal como regularmente notificado, deve manter-se na íntegra a deliberação projetada.

V. DECISÃO

80. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar e do Médio Tejo, E.P.E., no sentido de dever:

i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável;

ii) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente em razão da patologia, idade ou especial vulnerabilidade dos utentes, devendo garantir a integração dos cuidados prestados, não impondo ao utente uma quebra do nível assistencial adequado à sua situação clínica;

iii) Adotar procedimentos e/ou normas internas aptas a garantir a continuidade dos cuidados e tratamentos prestados, em especial quanto à forma como deve ser operada a transferência (inter e intrahospitalar) de utentes, nos termos do disposto na alínea b) da Base 2 da LBS, dos n.ºs 1 e 2 do artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e do Regulamento 964/2020, de 3 de novembro;

iv) Assegurar a existência de procedimentos que garantam que os registos clínicos dos utentes sejam fiáveis e reproduzam a real situação clínica, bem como os cuidados efetivamente prestados;

v) Garantir a existência nos serviços de urgência e de medicina de equipamentos de ventilação não invasiva suficientes para suprir as respetivas necessidades assistenciais;

vi) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os colaboradores;

vii) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

81. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º”.

82. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Ordem dos Médicos e do Ministério Público.

83. A versão não confidencial da presente deliberação será publicitada no sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde na Internet.

Aprovado pelo Conselho de Administração da ERS, nos termos e com os fundamentos propostos.

Porto, 7 de maio de 2021.



RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2021

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).