

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde, nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, 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 Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/068/2019;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. Através de notícias veiculadas pela comunicação social, em 2 de maio de 2019, a Entidade Reguladora da Saúde (doravante ERS) tomou conhecimento do falecimento de uma bebé de 20 meses, que “[...] *já tinha dado entrada no HESE¹, na segunda-feira, por apresentar sintomas de laringite, permaneceu na unidade para vigilância e teve alta na manhã de terça-feira, por apresentar uma "franca melhoria" do seu quadro clínico.*”.
2. Para uma averiguação preliminar e expedita dos factos ali descritos, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, procedeu-se, no mesmo dia, à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/068/2019 e foram solicitados esclarecimentos sobre o ocorrido ao Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E. (HESE), estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 12968.
3. No entanto, atendendo aos elementos recolhidos no referido processo de avaliação e à necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou em 6 de junho de 2019, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/068/2019, com o intuito de avaliar se, no caso concreto, foram garantidos os direitos e interesses legítimos da utente B.M., em especial o direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança.

I.2. Diligências

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:

¹ Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E..

- (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS relativa à inscrição do Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E. (HESE), constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado no SRER sob o n.º 12968;
- (ii) Pedido de elementos enviado ao HESE, em 6 de maio de 2019, e análise da resposta rececionada em 24 de maio de 2019;
- (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao HESE em 7 de junho de 2019;
- (iv) Pedido de relatório de apreciação clínica a perito médico consultor da ERS em 4 de outubro de 2019;
- (v) Pedido de elementos enviado ao HESE, em 15 de outubro de 2019, e análise da resposta rececionada em 14 de novembro de 2019;
- (vi) Pedido de elementos enviado ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P., em 9 de janeiro de 2020, e análise da resposta rececionada em 21 de janeiro de 2020;
- (vii) Pedido de relatório de apreciação clínica a perito médico consultor da ERS em 11 de dezembro de 2020, e análise do respetivo parecer datado de 4 de janeiro de 2021.

II. DOS FACTOS

II.1. Da notícia

5. Em 2 de maio de 2019, a ERS tomou conhecimento da notícia veiculada pelos meios de comunicação social, segundo a qual:

“[...]”

Questionado hoje pela agência Lusa, o MP da Comarca de Évora indicou a abertura "de expediente" relacionado com o caso, no âmbito do qual serão desenvolvidas "todas as diligências de investigação" para "o apuramento das circunstâncias em que ocorreu a morte, incluindo a realização de autópsia médico-legal".

"Em caso de morte por causa ignorada ou desconhecida, em regra, procede-se à realização de autópsia médico-legal, sendo que esta tem lugar no âmbito de inquérito", acrescentou o MP, numa resposta enviada à Lusa por correio eletrónico.

Segundo um comunicado do HESE enviado à Lusa, a bebé deu entrada no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do hospital, na terça-feira, após ser transportada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com "um quadro de paragem cardiorrespiratória".

"Foi assistida pelas equipas de profissionais do SUP e de Urgência Geral, que realizaram todas as manobras de reanimação, sem sucesso", realçou o HESE, indicando que foi prestada "assistência psicológica aos pais, após o sucedido".

De acordo com o hospital de Évora, a criança já tinha dado entrada no HESE, na segunda-feira, por apresentar sintomas de laringite, permaneceu na unidade para vigilância e teve alta na manhã de terça-feira, por apresentar uma "franca melhoria" do seu quadro clínico.

"Aparentemente, os dois episódios de urgência não estarão relacionados. Todavia, os resultados da autópsia esclarecerão a causa de morte", acrescentou o HESE."

II.2. Dos pedidos de elementos enviado ao Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E.

6. Atenta a necessidade de uma análise preliminar e célere da situação denunciada, em 2 de maio de 2019, foi determinada a abertura do

processo de avaliação registado sob o n.º AV/035/2019, e face à necessidade de enquadrar a factualidade noticiada foi enviado, nesse mesmo dia, um pedido de elementos ao HESE, solicitando o seguinte:

“[...]”

1. *Pronúncia detalhada sobre o teor da notícia que está na origem dos presentes autos, e envio dos esclarecimentos adicionais que entendam relevantes;*
 2. *Descrição de todas as etapas percorridas pela utente, nos dois episódios de urgência, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
 3. *Informação sobre a causa da morte da utente, com envio do respetivo certificado de óbito;*
 4. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*
7. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico rececionada em 24 de maio de 2019, o HESE veio informar do seguinte:

“[...]”

Em referência ao assunto supracitado e a fim de prestar o devido esclarecimento, cumpre-nos informar que, no que se refere ao ponto 1 da referida comunicação, o HESE-EPE enviou o seguinte comunicado à LUSA:

“Antes de mais, o HESE manifesta o seu pesar junto dos pais e as suas sentidas condolências. A criança deu entrada no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do HESE, no dia 30 de abril, trazida pela VMER, com um quadro de paragem cardiorrespiratória.

Foi assistida pela equipa de profissionais do SUP que realizou todas as manobras de reanimação, mas sem sucesso. O HESE prestou assistência

psicológica aos pais, após o sucedido, e serão acompanhados sempre que necessitarem e assim o entenderem.

A criança havia dado entrada no HESE, dia 29 de abril, pelas 20h00, por apresentar sintomas de laringite. Permaneceu no HESE, para vigilância, e teve alta de manhã, por apresentar uma franca melhoria do seu quadro clínico."

Em referência ao ponto 2, foram auscultadas as equipas médicas que prestaram assistência à utente em questão, assim como, o Sr. Diretor do Departamento de Saúde da Mulher e Criança, da qual se anexa a seguinte documentação:

> Carta do Diretor do Departamento de Saúde da Mulher e Criança, Dr. H.O., com os Relatórios de Urgência e Internamento; (anexo I)

> Relatório da Dra. R.C. referente ao episódio de urgência do dia 29 de abril de 2019; (anexo II)

> Relatório da Dra. S.G. referente ao episódio de urgência do dia 30 de abril de 2019; (anexo III)

> Relatório da Dra. N.B. referente ao episódio de urgência do dia 30 de abril de 2019; (anexo IV)

> Relatório da Dra. C.C. referente ao episódio de urgência do dia 30 de abril de 2019; (anexo V)

> Relatório da Dra. P.R. referente ao episódio de urgência do dia 30 de abril de 2019; (anexo VI)

Quanto ao Certificado de Óbito, dado que a utente foi autopsiada, deverá solicitar-se informação ao Instituto de Medicina Legal."

8. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o HESE remeteu os seguintes documentos:
 - i. Relatório do episódio de urgência da utente B.M., de 29 de abril de 2019;

- ii. Relatório do episódio de internamento em SO Pediátrica da utente B.M., de 30 de abril de 2019;
 - iii. Relatório do episódio de urgência da utente B.M., de 30 de abril de 2019;
 - iv. Relatórios das Dr^a.s R.C., S.G., N.B., C.C. e P.R. relativamente ao episódio de urgência do dia 29 de abril de 2019.
9. Do relatório da Dra. R.C., Assistente Hospitalar de Pediatria no HESE, e relativo ao episódio de urgência do dia 29 de abril de 2019, consta o seguinte:

“[...]”

No dia 29 de Abril de 2019, exerceu a Expoente funções enquanto primeiro elemento na Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) entre as 21 horas e as 9 horas do dia 30 de Abril de 2019.

Pelas 20h34 foi admitida no Serviço de Urgência Pediátrica, referenciada pelo Centro de Saúde de Portel, a criança B.M. de 20 meses. Foi chamada para triagem e atribuída a prioridade emergente por estridor e dificuldade respiratória.

A criança foi observada de imediato pela Pediatra que cessava funções e pela Expoente. Tratava-se, de acordo com os pais, de uma criança saudável, com programa nacional de vacinação atualizado e vigilância de saúde infantil regular pelo médico de família.

Da história clínica apurou-se o início de febre nas 24 horas prévias, com temperatura axilar máxima de 39°C, intervalos de apirexia de 4 horas, tosse rouca e noção de dificuldade respiratória com início no próprio dia.

Previamente à referência ao Serviço de Urgência Pediátrica do HESE a criança recorreu e foi observada no Centro de Saúde de Portel às 9:00h e às 19:00h do dia 29 de Abril de 2019.

Na primeira observação apresentava tosse e febre, tendo sido instituída antibioterapia com "amoxicilina" oral.

Regressou àquele Centro de Saúde para reobservação por "ataques de tosse de cão", tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de laringite.

De acordo com o registo clínico não apresentava sinais de dificuldade respiratória, tendo sido realizada terapêutica naquela unidade de saúde com "dexametasona" nebulizada e foi posteriormente referenciada à Urgência Pediátrica do HESE.

Na observação à admissão no Serviço de Urgência Pediátrica, apresentava-se vígil ao colo da mãe, com choro consolável, estridor audível, tosse rouca e tiragem global, estando febril e com saturação periférica de oxigénio normal em ar ambiente (99%).

Da auscultação pulmonar resultou murmúrio vesicular mantido e ruídos de transmissão da via aérea superior. Percecionou-se escassas petéquias no terço superior do dorso, sem outras lesões sugestivas de discrasia hemorrágica.

Foi estabelecida a hipótese diagnóstica de Laringite aguda e iniciada atuação clínica e terapêutica de acordo com protocolo de abordagem desta patologia: "adrenalina" nebulizada e "dexametasona" oral, em dose adequada ao peso, sob vigilância de equipa de Enfermagem.

Foi a criança reavaliada do ponto de vista clínico após terapêutica com melhoria completa (remissão do estridor, sem sinais de esforço respiratório, saturação periférica de oxigénio 99-100% em ar ambiente e murmúrio vesicular mantido e simétrico sem ruídos adventícios; exantema petequeial sem progressão).

Da avaliação analítica resultou a ausência de parâmetros laboratoriais sugestivos de infeção bacteriana, bem como discreto prolongamento do "tempo de protrombina".

Permaneceu a criança em balcão algumas horas, sob reavaliação da equipa de enfermagem e médica, sem indicação de agravamento clínico.

Atendendo ao facto da criança residir fora do concelho, os pais terem insuficiência económica, sem possibilidade de transporte que permitisse a

reavaliação na manhã seguinte ou o recurso rápido ao Hospital em caso de agravamento, foi proposto internamento para vigilância respiratória e das lesões cutâneas.

Atendendo à melhoria clínica, no momento em que foi proposto internamento, os pais solicitaram alta, referindo que "dormiriam numa pensão em Évora, porque a mãe estava grávida e cansada e regressavam de manhã para reavaliação". Tal pedido não foi acedido pela equipa médica, privilegiando a vigilância em meio hospitalar, na Unidade de internamento de curta duração do HESE.

Permaneceu em internamento até completar um período superior a 12 horas de vigilância hospitalar, mantendo-se monitorizada do ponto de vista cardiorrespiratório com parâmetros normais para a idade (taquicardia sinusal ocasional observada apenas durante a febre e choro) e apenas um pico de febre (38,5° C de temperatura axilar).

Manteve sempre Saturação periférica de oxigénio superior a 95%, mesmo durante o sono, sem reagravamento respiratório, sem necessidade de repetir medicação, com exceção de administração de paracetamol oral por um pico febril. Tolerou alimentação e manteve sempre boa interação.

Às 8:42 horas, após observação completa da criança, concluiu-se por melhoria clínica, excluíram-se sinais de alarme incluindo sinais de alarme respiratórios e de discrasia hemorrágica, não tendo surgido outras alterações ao exame objetivo, como emerge dos registos clínicos, propondo-se alta e capacitando-se a família para a vigilância e identificação de sinais de gravidade que motivassem o regresso ao Serviço de Urgência.

A criança manteve-se no Serviço de Urgência a aguardar transporte para o domicílio, considerando a sua situação de insuficiência económica, e teve efetivamente alta hospitalar às 10h10 acompanhada por bombeiros.

Nesse hiato temporal, houve uma avaliação pela equipa médica que iniciou funções às 9:00 horas do dia 30 de Abril de 2019, com prescrição de terapêutica para o domicílio através da plataforma PEM.

Desconhece a evolução do estado clínico da criança nesse período temporal, ou seja, das 8:42 horas às 10:10 horas, bem como o resultado da referenciada avaliação clínica e, ainda, o que motivou a prescrição da terapêutica acima referenciada, presume-se, após observação clínica.

Do processo clínico inexistente qualquer registo sobre a factualidade vinda de explicitar.

A situação clínica foi pontuada pelo estrito cumprimento dos protocolos terapêuticos e de vigilância existentes em vigor para a laringite aguda.

Não houve durante toda a observação qualquer sinal clínico que pusesse em causa o diagnóstico.

O cuidado na observação desta criança, com múltiplas reavaliações, melhoria clínica durante um período de mais de 12 horas de vigilância e alta clínica, pela Expoente, apenas após exclusão de sinais de gravidade e decorrido um período de vigilância após o qual não são expectáveis efeitos adversos da terapêutica realizada, torna imprevisível a ocorrência de complicações emergentes relacionadas com este episódio de urgência.

Foi com profundo pesar que houve conhecimento do episódio de paragem cardiorrespiratória e falecimento da criança, situação inesperada e imprevisível perante a sua evolução em internamento, pelo menos até às 8:42 horas.”.

10. Por sua vez, do relatório da Assistente Hospitalar de Pediatria, Dr.^a N.B., relativo ao episódio de urgência de dia 30 de abril de 2019, consta o seguinte:

“[...]”

No dia 30.04.2019 iniciei a minha atividade às 9h como membro da equipa fixa de urgência pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE).

Recebi a urgência com duas crianças internadas na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e uma terceira criança, a B.M., já com alta médica mas que permaneceu em UICD cerca de 1 hora após a alta a aguardar transporte para o domicílio.

Durante o tempo que mediou entre a alta clínica e a chegada do transporte, a B. manteve-se monitorizada, com vigilância de enfermagem e nunca houve intercorrências ou alertas da equipa de enfermagem ou dos pais que suscitassem a minha intervenção médica.

Permaneci em UICD a observar as outras duas crianças que partilhavam o mesmo espaço físico. Durante esse tempo os parâmetros vitais monitorizados (frequências cardíaca e respiratória, saturação periférica de oxigénio, traçado eletrocardiográfico), mantiveram-se sempre estáveis. Não observei a existência de sinais de alarme ou que conferissem maior gravidade à patologia da criança (laringite aguda), nomeadamente não havia estridor em repouso, sinais de esforço respiratório, acessos de tosse frequentes ou de difícil recuperação. A criança encontrava-se vígil, no colo da mãe.

Embora a criança já tivesse tido alta médica abordei a mãe e reforcei os sinais de alarme já anteriormente transmitidos pela Dr.^a R.C. que assistira previamente a criança. Garanti que a mãe mostrou entendimento de que perante um agravamento do esforço respiratório, do estridor, prostração, irritabilidade ou alterações do comportamento deveria voltar ao serviço de urgência. Utilizei vocabulário compreensível e a mãe mostrou entendimento sobre as recomendações. Em momento algum a família se opôs à alta. Não observei qualquer sinal de alarme ou que tornasse expectável uma evolução desfavorável.

Partilhei a situação clínica com a Dr.^a P.R. e dada a estabilidade clínica da criança, em concordância decidimos prescrever um corticoide oral para administração nos três dias seguintes. Na ausência de computador disponível, esta terapêutica foi prescrita pela Dr.^a P.R. na PEM como adjuvante à terapêutica já realizada na urgência.

Cerca de 2 horas após saída do hospital a criança foi readmitida em paragem cardiorrespiratória e as medidas de suporte avançado de vida realizadas, não tiveram sucesso. Durante a reanimação foi obtida a colaboração das equipas de anestesia, cardiologia, imagiologia e cirurgia,

mas não se conseguiu reverter a situação. Desconhecemos a causa da morte.

À luz da observação anterior e da permanência hospitalar durante 12 horas com melhoria clínica, parâmetros vitais normais e sem necessidade de repetir terapêutica, não seria expectável esta ocorrência.”.

11. E, dos esclarecimentos prestados pela Assistente Hospitalar de Pediatria, Dr.^a P.R., relativamente ao episódio de urgência de dia 30 de abril de 2019, consta que:

“[...]

No dia 30 de abril de 2019, exerci funções como elemento da Equipa Fixa da Urgência de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) entre as 9 e as 15 horas. A atividade iniciou-se com a passagem diária do Serviço onde foram transmitidos, pela Pediatra em fim de turno, dados clínicos de duas crianças internadas na Unidade de Internamento de Curto Duração (UICD) e da criança B.M. de 20 meses, já com alta médica, que teria estado internada na UICD com o diagnóstico de laringite aguda. Foi referido ainda que a mesma criança se mantinha em UICD a aguardar transporte para o domicílio.

Por motivos de organização da atividade da Equipa Fixa da Urgência de Pediatria e estando duas pediatras escaladas no mesmo horário ficou definido, em equipa, que ficaria responsável pela observação e orientação das novas crianças admitidas e que a Dr.^a N.B. ficaria responsável pela observação e orientação das crianças internadas na UICD.

Nos momentos que antecederam a saída da criança B.M., a Dr.^a N.B., veio ao meu encontro e partilhou comigo a estabilidade clínica da mesma considerando a prescrição de um corticoide oral para administração nos três dias seguintes, apenas com o adjuvante à terapêutica já realizada na urgência, com a qual concordei. Nos instantes seguintes a Dr.^a N.B., solicitou o meu apoio na prescrição, dado que não existiam, no momento, computadores disponíveis que lhe permitissem a sua emissão. Concordando com a prescrição e confiando plenamente na descrição

clínica da Dr.^a N.B. pela sua experiência, capacidade científica e humana, já reveladas anteriormente, acedi ao seu pedido. A prescrição foi realizada na PEM e a opção recaiu pela prednisolona oral, em dose adequada ao peso. A receita foi entregue à Dr.^a N.B. Não observei a criança ou estabeleci contacto com os acompanhantes antes da saída do HESE.

Cerca de 2h depois, a criança foi readmitida em status pós paragem cardiorrespiratória. Antes da sua admissão recebi chamada do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) dando conhecimento que estaria a ser transportada para o hospital uma criança em status pós paragem cardiorrespiratória, encontrando-se intubada, ventilada e com frequência cardíaca mantida. De imediato foi desencadeado o contacto com a equipa médica de anestesia e os diferentes sectores do Serviço de Pediatria. A criança foi recebida na sala de diretos por elementos da equipa de pediatria e anestesia e na prestação de medidas de suporte avançado de vida, colaboraram ainda elementos das equipas de cardiologia, cirurgia geral e imagiologia. A minha colaboração consistiu essencialmente no estabelecimento da comunicação com o CODU e com a equipa de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. A gravidade clínica e a ausência de resposta às medidas de suporte avançado de vida, culminaram no óbito da criança.”.

12. Atenta a necessidade de obter elementos adicionais solicitados pelo perito médico consultado pela ERS, em 15 de outubro de 2019, foi remetido um novo pedido de elementos ao HESE, concretamente solicitando:

“[...]”

- i. Remetam cópia da carta de referenciação do Centro de Saúde, apresentada pela reclamante aquando da admissão da utente no Serviço de Urgência, no dia 29 de abril de 2019;*
- ii. Remetam cópia da nota de alta da utente;*
- iii. Informem de que forma foram monitorizados os sinais vitais da utente após as 8h47m de dia 30 de abril de 2019;*

- iv. *Informem qual a causa da morte da utente, com envio do respetivo certificado de óbito;*
- v. *Se pronunciem sobre a instauração de processo de averiguação interno para apuramento dos factos ocorridos, bem como das conclusões já alcançadas acompanhadas do respetivo suporte documental;*
- vi. *Enviem quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*

13. Através de ofício rececionado pela ERS em 14 de novembro de 2019, o HESE veio aos autos informar o seguinte:

[...]

Em referência ao assunto supracitado e a fim de prestar o devido esclarecimento, cumpre-nos informar que:

- a) o HESE não tem presente cópia de referenciação do Centro de Saúde dado que o processo é eletrónico;*
- b) quanto à forma como foram monitorizados os sinais vitais da utente, junto se anexa informação do Sr. Diretor do Departamento da Mulher e Criança, Dr. H.O. (Anexo I);*
- c) os pontos ii), iv), v) já foram anteriormente respondidos através do N/ofício n.s 04418 de 24/05/19, que junto se anexa cópia integral do mesmo; (Anexo II).”.*

14. Da informação do Diretor do Departamento da Mulher e Criança, junta aos autos pelo prestador, consta o seguinte:

[...]

Em relação ao assunto em epígrafe, cumpre-me informar que a criança permaneceu monitorizada (frequência cardíaca com traçado, respiratória, saturação de oxigénio e temperatura) até sair do Hospital.

Não temos qualquer informação sobre o resultado da autópsia.”.

II.3. Do pedido de cooperação enviado ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. (INML)

15. Atenta a necessidade de obter informação sobre a causa da morte da utente B.M., em face das sucessivas respostas do HESE a este respeito – no sentido de que “[...] *desconhece a causa da morte [...]*” e “*Quanto ao Certificado de Óbito, dado que a utente foi autopsiada, deverá solicitar-se informação ao Instituto de Medicina Legal*” –, em 9 de janeiro de 2020, foi enviado um pedido de informação ao INML, a solicitar a “[...] *prestação de informação sobre a causa da morte da utente B.M., com envio do respetivo certificado de óbito.*”.
16. Em 21 de janeiro de 2020, foi rececionado um ofício do INML, dando conta de que “[...] *foi nesta data solicitado ao DIAP de Évora a competente autorização para o INMLCF, IP prestar as informações solicitadas.*”.
17. Até à presente data, a ERS não rececionou a informação solicitada.

II.3. Do pedido de relatório de apreciação clínica

18. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos factos em presença, em 11 de dezembro de 2020, foi solicitado parecer técnico a perito médico consultado pela ERS, cujas conclusões datadas de 4 de janeiro de 2021 se reconduzem a:

[...]

*Criança de 20 meses de idade enviada ao SU do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) às 20:49 de 29/04/2019, pelo Centro de Saúde...”por dificuldade respiratória e febre há um dia”. Foi clinicamente classificada, pela triagem de Manchester, como **Vermelho- Emergente** por “tiragem global e estridor”. Vinha acompanhada de carta.*

Registo médico, Dra. R.C., (00:10 30/04/2019) -“...Recorre ao SU por febre Tº ax max 39ºC 4/4 horas em evolução há 24horas.Desde o início do quadro clínico com noção SDR e tosse rouca....Recusa alimentar parcial. À

admissão no SU: taquipneica, tiragem global e estridor inspiratório com acessos de tosse laríngea. Terapêutica com adrenalina nebulizada mais dexametasona. Reavaliação “...Eupneico sem sinais de SDR. SatO2 99-100% em aa. Sem estridor... Raras petéquias no terço superior do dorso sem evolução no tempo de espera no SU. Sem outras lesões sugestivas de discrasia hemorrágica. Sem sinais meníngeos. #Laringite aguda com estridor em repouso. “Prolongamento TP. Interno em UICD para vigilância de evolução clínica”.

Diário médico, Dra. R.C. 08:42 30/04/2019 “...1 pico de febre 38°C - intervalo 8 horas sem apirexia. Sem SDR. SatpO2>96% em aa durante o internamento...Estridor discreto com choro...IC: Melhoria clínica. Alta... Explicam-se sinais de alarme. Regressa ao SU em SOS”.

Diário de enfermagem, Enf^a. M.V. 01:45h 30/04/2019)“...Colocado MCR+OP co parâmetros adequados à idade. Apresenta choro rouco... 07:58h, Enf^a. L.R. às 6h30 faz 4ml de paracetamol PO por 38.5C. Às 7h50 Tax=37.0. Dorme tranquilamente no colo da mãe”. 08:50h, 30/04/2019, Enf^a. A.J.. Eupneica em repouso sem aporte de O2 adicional, SpO2 de 95%. Mantem MCR+OP. Sinais vitais adequados à idade. Tem alta para o domicílio, aguarda transporte”.

Sinais vitais e outros “... Temp: 21:03 (Enf^a. D.A.) 39.9 °C, 04:26 (Enf^a L.R.) 38.9 °C, 07:56h (Enf^a. L.R.) 37 °C. Pulso: 07:56h (Enf^a. L.R.) 138 bat/min. Frequência cardíaca: 08:47h (Enf^a. I.J.) 168bat/min”.

Alta administrativa: 10:11h30 30/04/2019. . O “Relatório resumo ”, registado como entregue no momento da alta, não consta da documentação enviada.

Readmitida no SU às 12:24h de 30/04/2019 , transportada pelo VMER, “em status pós-paragem respiratória. Mãe relata episódio de tosse e engasgamento...Os familiares relatam episódio de vômito prévio à perda de conhecimento...à chegada VMER e midríase fixa... AP murmúrio vesicular não audível à direita-aspiração??... Rx de tórax com expansão de ambos os campos pulmonares, sem imagens de condensação”.

Registo neurológico: "Desde a admissão inconsciente, sem resposta à dor, midríase fixa (GSC 0), Morte cerebral.

Durante todo o processo de reanimação tivemos apoio (via telefónica) da equipe do TIP de Lisboa (Dr^a. C.C.) Foi ativado o helicóptero, que chegou pouco antes da paragem cardiorrespiratória terminal.

Após manobras de ressuscitação cardiorrespiratória sem êxito, foi declarado o óbito às 14:30h. [...]"

19. Concluindo, em suma, que:

"[...]

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

Esta criança de 20 meses, após alta do HESE onde esteve internada (das 20:34h de 29/04/2019 às 10:11h de 30/04/2019 - alta médica dada às 08:42h) por laringite aguda com estridor, que pode ser classificada grave (temp. ax de 39°C, taquipneica, tiragem global e estridor inspiratório com acessos de tosse laríngea e SDR) é readmitida, menos de duas horas depois (12:34h) em "status pós-paragem cardiorrespiratória transportada pelo VMER", em morte cerebral (registo de neurologia).

A informação relativa ao espaço de tempo que medeia entre o momento da alta e readmissão em morte cerebral, é escassa - só está registado que a mãe e familiares relatam "...episódio de tosse e engasgamento e vômito prévio à perda de conhecimento " e que "...À chegada dos bombeiros em PCR há 15 minutos, iniciando suporte básico de vida,.."

[...]

*Sem o resultado da autópsia, isto é, sem o conhecimento da causa da morte, o que for dito sobre o acidente terminal será um puro exercício de probabilidade diagnóstica. A aspiração de vômito, a hipótese mais de acordo com a sintomatologia registada à entrada - **vômito prévio à perda de conhecimento e murmúrio vesicular não audível à direita** - não é confirmada pelo RX de tórax que é normal (Dra. S.G. 13:27h 30/04/2019).*

Qualquer que tenha sido a causa de morte, nesta situação é determinante analisar se, no momento em que é dada a alta (registo às 08:50h), a criança, que doze horas antes recorreu ao SU com uma laringite aguda estridulosa grave, reunia as condições clínicas necessárias para ir para casa com os pais em segurança.

“Às 8:42 horas, após observação completa da criança, conclui-se por melhoria clínica, excluíram-se sinais de alarme incluindo sinais de alarme respiratório e de discrasia hemorrágica, não tendo surgido outras alterações ao exame objetivo como emerge dos registos clínicos, propondo-se alta e capacitando-se a família para a vigilância e identificação de sinais de gravidade que motivassem o regresso ao Serviço de Urgência.

A Criança manteve-se no Serviço de Urgência a aguardar transporte para o domicílio, considerando a sua situação de insuficiência económica, e teve efetivamente alta hospitalar às 10h10 acompanhada por bombeiros.

Nesse hiato temporal, houve uma avaliação pela equipe médica que iniciou funções às 9:00 horas do dia 30 de Abril de 2019, com prescrição de terapêutica para o domicílio através da plataforma PEM.

Desconhece a evolução do Estado clínico da criança nesse período temporal, ou seja, das 8:42 às 10:10 horas, bem como o resultado da referência da avaliação clínica e, ainda, o que motivou a prescrição da terapêutica acima referenciada, presume-se, após observação clínica.

Do processo clínico inexistente qualquer registo sobre a factualidade vinda a explicitar.

A atuação clínica foi pontuada pelo estrito cumprimento dos protocolos terapêuticos e de vigilância em vigor para a laringite aguda.

Não houve durante toda a observação qualquer sinal clínico que pusesse em causa o diagnóstico.

...Melhoria clínica durante um período de mais de 12 horas de vigilância e alta clínica, pela Expoente, apenas após exclusão de sinais de gravidade decorrido um período de vigilância após o qual não são expectáveis efeitos adversos da terapêutica realizada, torna imprevisível a ocorrência de complicações emergentes relacionadas com este episódio de urgência.” (Anexo II – Esclarecimento sobre episódio de urgência 19024725 de 29 Abril de 2019).

Contudo, “a melhoria clínica durante um período de mais de 12 horas de vigilância” referida, não é ausente de sintomas, como consta nos registos médico e de enfermagem:

-“...Às 6h30 fez 4ml de paracetamol PO por 38.5°C. Às 7h50 Tax=37.0°C... (Enfª L.R. /07:58h 30-Abr-2019) e, aquando da alta,”Estridor discreto com choro (Drª R.C. / 08:42h 30-Abr-2019) e “... frequência cardíaca de 168 bat/min (08:47h Enfª. A.J.).

Há uma observação médica e prescrição terapêutica às 09h00, já com alta médica dada. Não há qualquer registo médico que a documente. A situação clínica ter-se-á alterado? A temperatura baixou de 38.5°C para 37.0°C por efeito do antipirético ministrado às 6h30 e no momento da alta clínica mantinha estridor com o choro e está registada uma frequência cardíaca de 168 bat/min.

Estes dados, independentemente do acidente terminal pouco mais de 2 horas depois de ter saído do Hospital, em casa, indiciam que a situação clínica não estava completamente estabilizada.

A ter em conta ainda que a residência dos pais não era próxima do Hospital Analisada a documentação enviada e ponderados os registos acima referidos, conclui-se que no momento da alta a criança ainda apresentava sinais (**Temp. ax. 38.5°C para 37.0°C após toma de antipirético hora e meia antes, estridor mantido com o choro e frequência cardíaca de 168 bat/min**) não tranquilizadores em relação ao controle e evolução da situação clínica – livre de sintomas. Contudo, com a informação existente não é possível afirmar que a paragem cardiorrespiratória tenha sido

causada pelo fenómeno rebound pós medicação que, embora seja referido numa percentagem significativa pós alta - 37% num estudo com 275 crianças co laringite estridulosa (1) - a sua gravidade é desvalorizada por outras investigações - Rebound stridor in children with croup after nebulised adrenaline:does it really exist?(2).

*O Acto Médico só fica completo com um Registo Clínico adequado e completo . O que não está registado não existe - não há **registo da observação médica às 09.00h de 30[04]/2019**, já depois da alta dada, e da **nota de alta**, determinantes para a avaliação desta situação clínica. [...]*”.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

20. 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;
21. 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.
22. Consequentemente, o Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E., está sujeito à regulação da ERS, encontrando-se registado no SRER da ERS sob o n.º 12968.
23. 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”.

24. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas a), c) e d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, “assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”.
25. No que toca à alínea a) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 11.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento”.
26. Já no que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea c) 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”.
27. Finalmente, e a propósito do 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”.
28. 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.

29. Do âmbito de atuação da ERS, de acordo com as respetivas previsões estatutárias, está excluída a regulação dos profissionais de saúde no que toca à sua atividade sujeita à regulação e disciplina das respetivas ordens profissionais – cfr. alínea a) do n.º 3 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS.
30. Com efeito, não cura a ERS de avaliar a correção técnica dos concretos cuidados de saúde prestados, nem de avaliar a sua oportunidade e pertinência clínica face às *legis artis* instituídas, centrando-se a sua atuação na análise dos procedimentos e protocolos de atuação instituídos e/ou empregues no caso concreto, aferindo se os mesmos são consentâneos com a salvaguarda do direito de acesso aos cuidados de saúde, com a garantia dos direitos e interesses legítimos dos utentes, bem assim com a prestação de cuidados de saúde de qualidade.
31. Diferentemente, não compete à ERS pronunciar-se ou averiguar da conformidade ou desconformidade da atuação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) com as *legis artis*, porquanto essa é uma competência exclusiva das respetivas ordens profissionais.

III.2. Do direito de acesso aos cuidados de saúde de qualidade e em tempo clinicamente aceitável

32. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual é assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

33. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro², em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 1 da sua Base 6, sob a epígrafe “Responsabilidade do Estado”, que *“A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.”*.
34. Nos termos do n.º 1 da Base 20 da Lei de Bases da Saúde, *“O SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde”*;
35. E nos termos do n.º 2 da referida Base 20, *“O SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios:*
- a) Universal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;*
 - b) Geral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;*
 - c) Tendencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;*
 - d) Integração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;*
 - e) Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;*

² A Lei 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor em 4 de novembro de 2019, e revogou a anterior Lei de bases da Saúde, aprovada pela Lei, 48/90, de 24 de agosto.

- f) Qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;*
- g) Proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;*
- h) Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;*
- i) Transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.”*
36. Por fim, nos termos do n.º 1 da Base 25 da Lei de Bases da Saúde, *“Tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.”.*
37. Atento o n.º 1 da Base 1 da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), *“O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer.*
38. Nos termos do n.º 2 da mesma Base 1, *“O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”.*
39. Por fim, nos termos do n.º 4 da Base 1, *“O Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.”*

40. Nos termos do n.º 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde, sob a epígrafe “Direitos e deveres das pessoas”, “Todas as pessoas têm direito:
- a) À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade;
 - b) 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;
 - c) A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes;
 - d) A receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem;
 - e) A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar;
 - f) A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde;
 - g) A aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado;
 - h) A ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida e a receber assistência religiosa e espiritual;
 - i) A apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis;
 - j) A intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições

do SNS;

k) A constituir entidades que as representem e defendam os seus direitos e interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção da saúde e prevenção da doença, de ligas de amigos e de outras formas de participação que a lei preveja;

l) À promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde.”.

41. De entre os direitos *supra* elencados, inclui-se o direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, cfr. reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea b) do n.º 1 da Base 2.
42. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (“*Adequação da prestação dos cuidados de saúde*”) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, segundo o qual “*O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita*” (n.º 1).
43. Tendo o utente, bem assim, “*(...) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).
44. Estipulando, ainda, o n.º 3 que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*”.
45. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente³,

³ Vd. o ponto 7. da “*Carta Europeia dos Direitos dos Utentes*”.

- segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
46. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre “Os direitos do paciente”, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”*.
 47. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e de acordo com a melhor evidência científica disponível está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.
 48. Ou seja, deve ser reconhecido ao utente o direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo porém obvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.
 49. Por outro lado, quando na alínea b) do n.º 1 da Base 2 da LBS se afirma que os utentes devem ser tratados de forma digna, tal imposição decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.
 50. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o

bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.

III.3. Do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Protocolo de Triagem de Manchester

51. O Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2 de fevereiro de 2015, motivado pela tentativa de melhorar a qualidade dos serviços prestados nos serviços de urgência, especialmente nas situações em que se encontravam ultrapassados os tempos de espera para atendimento naqueles serviços, prevê que *“uma das formas de garantir cuidados adequados e de maior qualidade passa pela uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares que devem atuar sequencialmente ou simultaneamente consoante as situações [...] existem situações urgentes que impõem uma identificação precoce e o encaminhamento correto em tempo útil, cuja abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação e a formação do pessoal que permitam, por meios objetivos e expeditos, o apoio à decisão clínica em ambiente de urgência e a definição do papel de cada um na solução expedita de cada caso.”*.
52. Note-se que o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, referido *supra* tinha já reconhecido como obrigatória *“[...] a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação.”*.
53. Assim, o presente Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde vem determinar o seguinte: *“[...] reconhecida a importância para a boa gestão de cuidados*

de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos [...]”;

54. Ademais, continua o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, “[...] *o MTS permite identificar uma prioridade clínica com posterior alocação do doente à área de atendimento devida, podendo também ser desenhados e aplicados, na sequência da triagem, protocolos de atuação subsequente, tal como requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista à redução do tempo do episódio de urgência e dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção.*”;
55. Acresce que “[...] *o MTS é uma ferramenta que tem evoluído verifica[ndo-se] a necessidade de implementar a versão mais recente do MTS , fruto da ciência e das boas práticas atualmente existentes, nomeadamente no que se refere à possibilidade integração das vias verdes e de protocolos pediátricos nos serviços de urgência, entre outros [...] a sua implementação já se verifica em todos os tipos de urgência, pediátrica, ginecológica e de adultos, pelo que a sua generalização é possível e desejável e, constitui a única forma de comparabilidade entre níveis de procura e atendimento entre diferentes instituições prestadoras de cuidados de urgência.*”;
56. Conclui o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde que “[...] *a escala de Triagem de Manchester prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo sendo passível de ser auditada quer interna ou externamente, conforme previsto no Protocolo celebrado entre o Ministérios da Saúde e o Grupo Português de Triagem (em 12 de novembro de 2010) e a Declaração de Princípios a ele anexa.*”.

57. Assim, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, em análise veio determinar o seguinte:

[...] 1 – Em episódios de urgência com apresentação tipificada na sequência da aplicação dos fluxogramas previstos no sistema de triagem, pode ser considerada a solicitação, pelo enfermeiro da triagem, de meios complementares de diagnóstico, mediante algoritmo autorizado pela direção clínica da unidade de saúde e sustentado em NOC elaborada pela DGS, a exemplo do que acontece nas vias verdes já existentes.

2 – Este complemento de triagem é introduzido de forma voluntária e experimental, com duração de um ano, nas unidades que forem identificadas pelas ARS como aquelas onde se possa esperar maior benefício na redução de tempos de espera.

3 – Os algoritmos referidos no número um são sujeitos a avaliação trimestral, nomeadamente nos resultados obtidos na redução dos tempos de espera e permanência no serviço de urgência, segurança clínica e satisfação dos utentes.

4 – Compete à Direção Geral da Saúde (DGS) fazer a avaliação dos relatórios, determinar as medidas corretivas que considere pertinentes zelar pela sua implementação.

5 – Todos os SU devem assegurar, até 30 de setembro de cada ano, que usam a versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester.

6 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, no ano de 2015, todos os SU que à data do presente despacho não tenham ainda implementado o Sistema de Triagem de Manchester devem proceder à sua implementação até 31 de dezembro de 2015.

7 – Todos os SU com o Sistema de Triagem de Manchester devem implementar auditorias internas mensais, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços, nos termos previstos no

Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e a declaração de princípios a ele anexa.

8 – Todos os SU com Sistema de Triagem de Manchester devem, pelo menos anualmente, ser alvo de auditoria externa, sendo os resultados comunicados aos conselhos de administração das respetivas unidades de saúde, ao Ministério da Saúde, à DGS e às Administrações Regionais de Saúde.

9 – A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), deve colaborar com os SU para garantia dos números 5 e 6 do presente despacho, com vista à máxima integração de registos clínicos em ambiente hospitalar.

10 – O licenciamento necessário ao uso do Sistema de Triagem de Manchester é assegurado pelas entidades hospitalares, devendo a SPMS organizar um processo de agregação de necessidades e compra centralizada com vista à minimização do seu custo. [...] – cfr. Despacho 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

III.4. Do Protocolo de Triagem de Manchester

58. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico⁴:

*“Em termos gerais, um **método de triagem** pode tentar fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas **uma prioridade clínica baseada apenas na identificação de problemas.**”*

A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que

⁴ Sobre este assunto ver http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110.

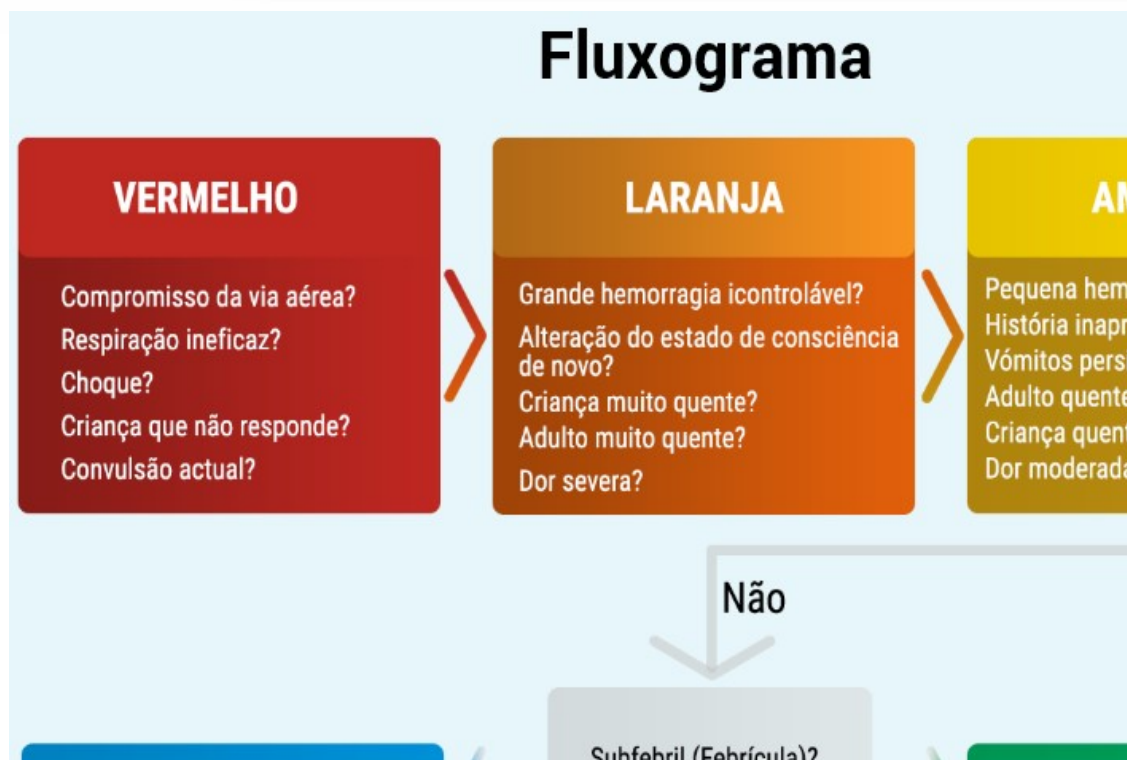
motiva o doente a procurar o serviço de urgência. Assim foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação, que abrangem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência.

*Dois fluxogramas foram desenvolvidos para lidar com uma situação de **catástrofe**.*

*A primeira parte do método de triagem requer que o profissional **selecione o fluxograma** que seja o mais específico possível em relação à queixa apresentada. Depois percorre os **discriminadores** do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar.*

A conceção rigorosa garante que os fluxogramas têm informação cruzada entre si, uma vez que um determinado número de queixas de apresentação pode conduzir a mais do que um fluxograma, não permitindo nunca a atribuição de uma prioridade clínica inferior para a mesma queixa.

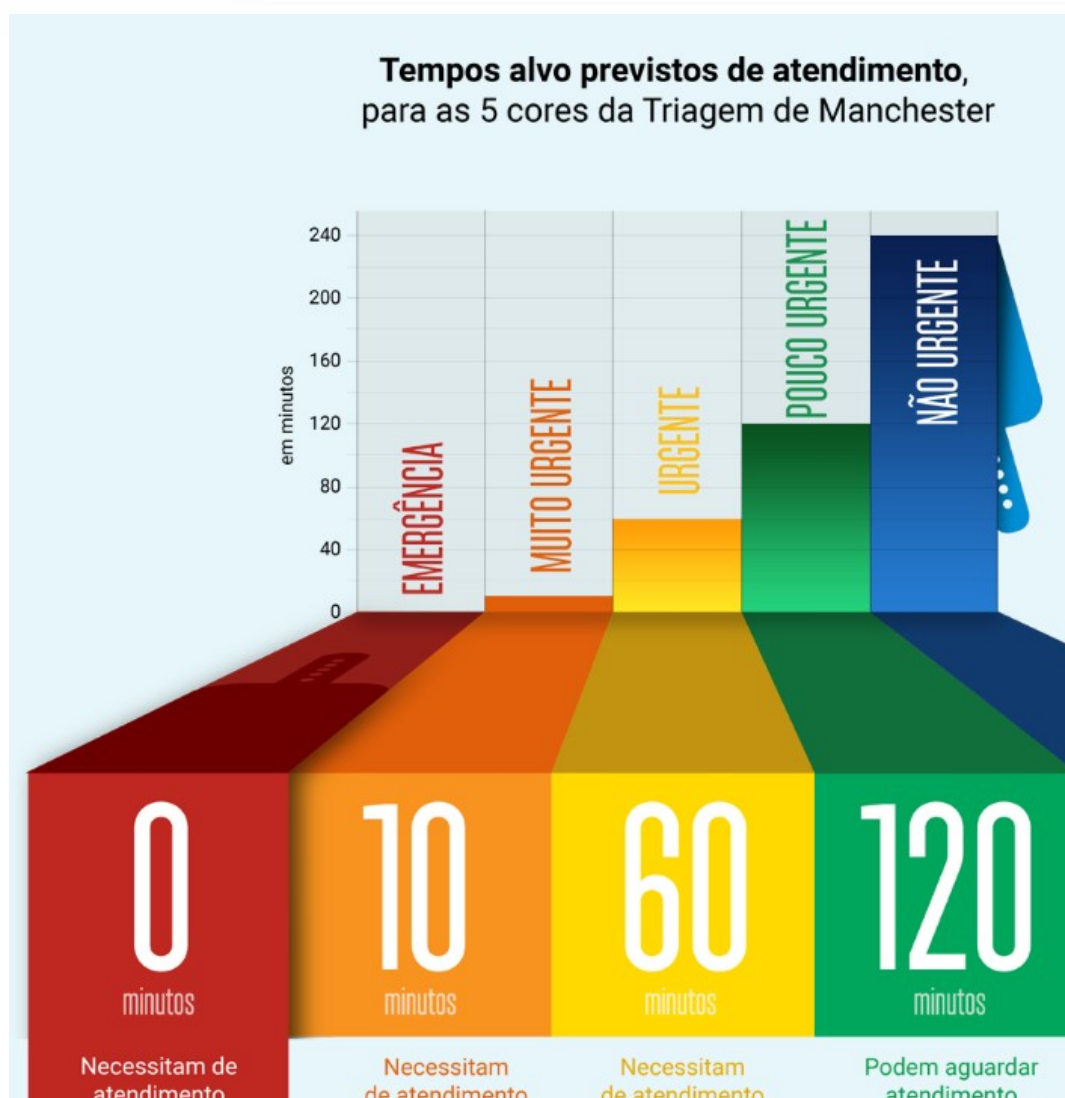
*A escolha do fluxograma de apresentação é, em grande medida, ditada pela queixa de apresentação do doente; é necessário em seguida proceder à recolha e análise de informações que permitam a determinação da **prioridade clínica**. O fluxograma estrutura este processo, mostrando **discriminadores-chave** (perguntas) em cada nível de prioridade – a avaliação é feita a partir da **prioridade clínica mais elevada**. Os discriminadores são deliberadamente colocados na forma de perguntas para facilitar o processo.*



Os discriminadores permitem a inclusão dos doentes numa das **cinco prioridades clínicas**, e podem ser gerais ou específicos.

Os **discriminadores gerais** aplicam-se a todos os doentes, independentemente da queixa inicial que apresentam e, conseqüentemente, surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas; em todos os casos, os mesmos discriminadores gerais remetem o profissional da triagem para a mesma prioridade clínica.

Os **discriminadores específicos** aplicam-se apenas a algumas situações clínicas. Desta forma, por exemplo, dor aguda é um discriminador geral, dor pré-cordial e dor pleurítica são discriminadores específicos. Os discriminadores gerais surgem em muito mais fluxogramas que os específicos.



O evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica. É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente. Por esta razão, o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, **pelo menos seis meses**, e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias.

Seguindo este processo sistemático, facilitado pela metodologia de triagem, a análise do doente pode ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão.

A introdução da metodologia de auditoria interna e externa é fundamental para que exista reprodutibilidade entre os profissionais individualmente e os serviços onde se encontra implementado o PTM.” – cfr. informação prestada pelo Grupo Português de Triagem no seu sítio eletrónico.

III.5. Da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde

59. Assim, a Direção Geral da Saúde emitiu a Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, que revoga a Norma da N.º 002/2015 de 23 de outubro:

“[...]

1. Os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester.

2. A triagem em idade pediátrica nos hospitais com serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), serviço de urgência polivalente (SUP) ou serviço de urgência polivalente pediátrica (SUPP) deve ser realizada na urgência pediátrica, com exceção do serviço de urgência básico (SUB) e do serviço de obstetria/ginecologia.

3. As urgências pediátricas devem utilizar a versão mais recente do sistema de Triagem de Manchester ou do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale¹.

4. Os hospitais e serviços de urgência devem ter implementado:

a) Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO “Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizados”;

b) Normas da Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde da Sépsis no Adulto.

5. Os hospitais devem, ainda, implementar as seguintes Normas Clínicas a serem emitidas pela Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde Coronária e sobre Via Verde do Trauma.

6. No momento da triagem devem ser implementados os seguintes algoritmos:

a) Eletrocardiografia simples de 12 derivações, nas situações de dor torácica;

b) Nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional:

i. Previamente à radiografia simples do aparelho esquelético:

(i) Avaliação da Dor, conforme Circular Normativa n.º 09/DGCG “A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor”, de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno;

(ii) Avaliação do estado neurovascular e avaliação da necessidade de imobilização de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno.

ii. Radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional de acordo com algoritmo clínico que deve contemplar as incidências a considerar na realização da radiografia simples, previamente acordadas com a especialidade de ortopedia do respetivo hospital até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral da Saúde e Ordem dos Médicos.

c) Em idade pediátrica (idade inferior a 18 anos) nos casos com situação referida na alínea b) da presente Norma devem ser avaliadas por médico pediatra ou, na sua ausência, por médico de outra especialidade antes da solicitação de meios complementares de diagnóstico na triagem.

7. O diretor clínico deve aprovar e manter atualizados os algoritmos clínicos de encaminhamento interno, sob proposta do diretor do serviço de urgência até serem emitidas Normas Clínicas pela Direção-Geral de Saúde com a Ordem dos Médicos, para as seguintes situações clínicas:

[...]

9. *O diretor clínico deve coordenar o planeamento e organização da implementação do sistema de triagem com a colaboração do enfermeiro-diretor.*
10. *O enfermeiro-diretor deve colaborar com o diretor clínico na compatibilização do planeamento e organização da implementação do sistema de triagem.*
11. *A triagem deve ser efetuada por médico e/ou enfermeiro.*
12. *O enfermeiro-diretor, sob proposta do enfermeiro-chefe, deve adequar a dotação e perfil dos enfermeiros no serviço de urgência.*
13. *O diretor clínico, sob proposta do diretor de serviço de urgência, deve adequar a dotação e perfil dos médicos no serviço de urgência.*
14. *Os serviços de urgência devem assegurar a formação em serviço, incluindo a mandatória, de médicos e enfermeiros.*
15. *A implementação da triagem deve prever a retriagem/reavaliação da pessoa, definida a nível da unidade de saúde:*
 - a) *Quando o tempo de espera excede o limite previsto;*
 - b) *De acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde;*
 - c) *Sempre que a família/acompanhante o solicite.*
16. *Os serviços de urgência devem implementar auditorias internas mensais ao sistema de triagem em uso, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços.*
17. *As auditorias internas mensais ao sistema de triagem de Manchester devem ser efetuadas nos termos previstos no protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e declaração de princípios a ele anexa.*
18. *Cabe ao Grupo Português de Triagem realizar auditorias externas à implementação do sistema de Triagem de Manchester nos serviços de urgência.*

19. Cabe a Direção-Geral da Saúde realizar as auditorias externas à implementação do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale.

20. Os resultados das auditorias externas devem ser comunicados aos conselhos de administração das respetivas unidades de saúde e, semestralmente, às Administrações Regionais de Saúde¹ e à Diretora-Geral da Saúde.

21. Os SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS) colabora com os hospitais para a garantia da integração dos registos clínicos do serviço de urgência nos registos clínicos em ambiente hospitalar, para garantia da implementação do(s) sistema(s) de triagem e de auditorias internas.

22. As situações clínicas mencionadas nos pontos 4, 5 e 6 e as situações clínicas a serem objeto de algoritmos clínicos, conforme previsto no ponto 7 da presente Norma, devem ser avaliados trimestralmente pelo diretor do serviço de urgência com a colaboração do enfermeiro-chefe, através de relatório dirigido ao presidente da comissão da qualidade e segurança.

23. As unidades de saúde devem enviar trimestralmente à Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, os indicadores da presente Norma de acordo com formulário disponível no sítio desta Direção-Geral (Anexo I).

24. As unidades de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, integram no relatório anual de atividades desenvolvidas no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e enviado à Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, a avaliação da implementação do sistema de triagem realizada trimestralmente, bem como as ações de melhoria implementadas, posteriormente analisadas conjuntamente com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros.

25. Os registos clínicos de todos os procedimentos realizados no âmbito da triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata devem permitir a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade:

- a) *Demora média para triagem;*
- b) *Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade;*
- c) *Ponderação do número óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade;*
- d) *Demora média entre a triagem e saída da pessoa do serviço de urgência por nível de prioridade. [...].”.*

IV. Análise da situação concreta

60. Atentas as atribuições da ERS, o objeto de análise dos presentes autos estará delimitado à averiguação dos procedimentos adotados *in casu* pelo HESE, no que concerne à garantia do direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade, necessários e adequados à situação clínica da utente B.M..
61. Sendo que, de acordo com os elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, foi possível apurar que:
- i. A utente B.M., de 20 meses, foi admitida no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do HESE às 20h34m de dia 29 de abril de 2019;
 - ii. Foi triada com prioridade Vermelho (Emergente) às 20h49m, por *“tiragem global e estridor”*;
 - iii. Do relatório do episódio de urgência de dia 29 de abril de 2019, consta uma primeira observação médica pelas 00h10m, com o seguinte relato:

“Recorre ao S U por febre T° ax max 39°C 4/4 horas em evolução há 24 horas. Desde o início do quadro clínico com noção SD R e tosse rouca. Tolerância alimentar, recusa alimentar parcial. TGI mantido. DU mantido. À admissão no SU : taquipneica, tiragem global e estridor inspiratório com acesso s de tosse laríngea. Terapêutica com adrenalina nebulizada + dexametasona

[...]

Laringite aguda com estridor em repouso. # Prolongamento do TP Interno em UICD para vigilância de evolução clínica.”

- iv. No entanto, de acordo com a Assistente Hospitalar de Pediatria, Dra. R.C., *“Pelos 20h34 foi admitida no Serviço de Urgência Pediátrica, referenciada pelo Centro de Saúde de Portel, a criança B.M. de 20 meses. Foi chamada para triagem e atribuída a prioridade emergente por estridor e dificuldade respiratória.*

A criança foi observada de imediato pela Pediatra que cessava funções e pela Expoente.” (sublinhado nosso);

- v. A utente ficou internada no HESE *“para vigilância de evolução clínica”*;
- vi. Pelos 8h42m, de dia 30 de abril de 2019, foi sujeita a nova observação médica:

“20 meses, internada em UICD com o diagnóstico Laringite aguda 1 pico de febre 38°C - intervalo 8 horas de apirexia. Sem SDR. Satp0 2 > 96 % em aa durante o internamento.

Tolerou alimentação. DU mantido.

Observação: Bom estado geral Mucosas coradas e húmidas Apirética Eupneica sem SDR. Estridor discreto com choro. Satp02 99 % em aa . MVM simétrico sem RA. AC sem alterações Abdómen mole e depressível, indolor à palpação sem organomegalias. Lesões petequiais no dorso em regressão, sem evolução do exantema petequial. Sem sinais meníngeos.

IC: Melhoria clínica

Alta

Nota de alta no BSIJ

Explicam-se sinais de alarme

Regressa ao SU em SOS”;

- vii. Pelas 10h11m, de dia 30 de abril de 2019, a utente B.M. teve alta para o domicílio;
 - viii. Pelas 12h34m, de dia 30 de abril de 2019, a utente deu novamente entrada no SUP do HESE, *“acompanhada pela VMER em status pós-paragem cardiorrespiratória. Mãe relata episódio de tosse e engasgamento.”;*
 - ix. A utente B.M. veio a falecer pelas 14h30m de dia 30 de abril de 2019.
62. Ora, resulta do *supra* exposto que, no dia 29 de abril de 2019, a utente B.M. foi triada com prioridade vermelha (emergente), o que, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, implica um atendimento imediato;
 63. E, a este respeito, refere a Assistente Hospitalar de Pediatria, Dra. R.C., que *“A criança foi observada de imediato pela Pediatra que cessava funções e pela Expoente.”;*
 64. Ainda que, do relatório do episódio de urgência do dia 29 de abril de 2019, remetido aos autos pelo HESE, conste o registo da primeira observação médica pelas 00h10m.
 65. Pelo que, não sendo possível determinar um efetivo incumprimento dos procedimentos relativos à triagem e subsequente atendimento médico da utente B.M., atenta a divergência entre o relato da Assistente Hospitalar de Pediatria, Dra. R.C., e o registo clínico remetido à ERS, quanto à efetiva hora de atendimento da utente B.M., sempre cumprirá advertir o prestador para a necessidade de garantir a fiabilidade e rigor dos registos clínicos, que devem reproduzir a real situação dos utentes, bem como os cuidados efetivamente prestados a todo o momento.
 66. O que se torna tão mais necessário quando, de acordo com o perito médico consultado pela ERS, *“Há uma observação médica e prescrição terapêutica às 09h00 [de dia 30 de abril de 2019], já com alta médica dada. Não há qualquer registo médico que a documente. A situação clínica ter-se-á alterado?”.*

67. Remanescendo, assim, fundadas dúvidas quanto à fiabilidade dos dados registados no processo clínico da utente B.M., quer no que respeita à efetiva hora de atendimento no dia 29 de abril de 2019, quer por inexistir “[...] **registo da observação médica às 09.00h de 30[04]/2019, já depois da alta dada, e da nota de alta, determinantes para a avaliação desta situação clínica.**”;
68. Reforçando o perito consultado pela ERS que “*O Acto Médico só fica completo com um Registo Clínico adequado e completo. O que não está registado não existe*”;
69. Devendo, por conseguinte, o prestador assegurar que do processo clínico consta toda a informação essencial, a ser transmitida de forma clara e objetiva, sem omissão de elementos que possam comprometer os cuidados futuros, e consequentemente o estado de saúde dos utentes;
70. Pois que, apenas o registo fidedigno, completo, organizado e atualizado, quer no processo clínico, quer no relatório de alta, de toda a informação relativa à situação clínica dos utentes, será apto a assegurar a prestação dos cuidados de saúde adequados à sua situação, em tempo útil e potenciando a qualidade dos serviços prestados.
71. Sendo certo que nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos nas mais diversas áreas de intervenção, nomeadamente aqueles respeitantes aos registos clínicos, sem que se garanta, paralelamente, que os mesmos são efetivamente aplicados, em todos os momentos e em todas as dimensões da atuação dos prestadores, na prestação de cuidados aos utentes.
72. Pois que, recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança.
73. Acresce ainda que, de acordo com o perito consultado nos autos, “[...] *“a melhoria clínica durante um período de mais de 12 horas de vigilância” referida, não é ausente de sintomas, como consta nos registos médico e de enfermagem:*

“...Às 6h30 fez 4ml de paracetamol PO por 38.5°C. Às 7h50 Tax=37.0°C... (Enfª L.R./07:58h 30-Abr-2019) e, aquando da alta,” ...Estridor discreto com choro (Drª R.C. / 08:42h 30-Abr-2019) e “... frequência cardíaca de 168 bat/min (08:47h Enfª. A.J.).”

[...]

A temperatura baixou de 38.5°C para 37.0°C por efeito do antipirético ministrado às 6h30 e no momento da alta clínica mantinha estridor com o choro e está registada uma frequência cardíaca de 168 bat/min.

Estes dados, independentemente do acidente terminal pouco mais de 2 horas depois de ter saído do Hospital, em casa, indiciam que a situação clínica não estava completamente estabilizada.”;

74. De onde pode resultar que os procedimentos assistenciais empregues pelo prestador poderão não ter sido aptos à garantia dos direitos e interesses legítimos da utente B.M., que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à proteção da saúde e à continuidade e integração dos cuidados prestados;
75. Pois que, de acordo com o referido perito, *“Analisada a documentação enviada e ponderados os registos acima referidos, conclui-se que no momento da alta a criança ainda apresentava sinais (**Temp. ax. 38.5°C para 37.0°C após toma de antipirético hora e meia antes, estridor mantido com o choro e frequência cardíaca de 168 bat/min**) não tranquilizadores em relação ao controle e evolução da situação clínica – livre de sintomas”;*
76. No entanto, inexistindo nos autos informação quanto à causa de morte da utente B.M., “[...] não é possível afirmar que a paragem cardio-respiratória tenha sido causada pelo fenómeno rebound pós medicação que, embora seja referido numa percentagem significativa pós alta - 37% num estudo com 275 crianças com laringite estridulosa (1) - a sua gravidade é desvalorizada por outras investigações - *Rebound stridor in children with croup after nebulised adrenaline:does it really exist?(2).*” (cfr. parecer técnico junto aos autos).

77. A este respeito, 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 *legis artis*, porquanto essa é uma competência exclusiva das respetivas ordens profissionais.
78. 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 da utente B.M., nos dias 29 e 30 de abril de 2019, devem os presentes ser remetidos àquela Ordem profissional.
79. Em face de todo o exposto, importa garantir a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

80. 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 (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamado a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o HESE, por ofício datados de 29 de janeiro de 2021.
81. Decorrido o prazo legal concedido para o efeito, o HESE não se pronunciou sobre o teor do projeto de deliberação da ERS, pelo que este deve ser integralmente mantido.

VI. DECISÃO

82. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E., no sentido de:

- (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, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (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, não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;
- (iii) Assegurar, de forma permanente e em qualquer situação, o registo fidedigno, completo, organizado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica, garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequados à sua situação e prestados em tempo útil;
- (iv) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos no ponto anterior sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento;
- (v) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após

a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

83. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1 000,00 a € 44 891,81, “[...] 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, 23.º”.
84. A presente deliberação será levada ao conhecimento do Ministério Público.
85. Considerando que é à Ordem dos Médicos que caberá aferir da adequabilidade clínica da atuação dos profissionais do HESE, deve o presente processo ser encaminhado para esta entidade, solicitando que logo que possível, seja dado conhecimento à ERS sobre as conclusões que venham a ser apuradas.
86. A versão não confidencial da presente decisão será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 14 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).