

**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/36/2015;

## **I. DO PROCESSO**

### **I.1. Origem do processo**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento do ofício remetido pela Ordem dos Médicos, por via do qual foi enviada à ERS uma exposição subscrita pelo médico Dr. P.V., referente ao Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 10593.
2. Após a análise da referida exposição, foi aberto o processo de avaliação n.º AV/86/2016, tendo o Conselho de Administração da ERS deliberado,

posteriormente, em 17 de junho de 2015, a abertura do processo de inquérito em curso, registado sob o n.º ERS/036/2015, com o propósito de adotar uma intervenção regulatória acrescida e conformar a atuação do prestador em causa, atenta a transversalidade dos constrangimentos detetados;

3. Dessa forma se procurando garantir o respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes nessa matéria, incluindo o seu direito de acesso a cuidados de saúde em tempo adequado, humanamente, com prontidão e respeito.
4. Já no âmbito do presente processo de inquérito, a ERS tomou igualmente conhecimento das reclamações subscritas por FI, relativa à utente PH; por MA, relativa à utente OM; por AL, relativa à utente MJ, por MA, relativa à utente MF; e por RM, relativa à sua filha cujo nome não foi possível apurar.

## **I.2. Da exposição que deu origem aos presentes autos**

5. Na exposição do Dr. P.V., são referidos inúmeros constrangimentos de funcionamento de diversos serviços do CHMT, os quais, em síntese, se reconduzem ao seguinte:
  - i) Concessão da exploração da atividade de TAC no Hospital Doutor Manoel Constâncio-Abrantes, relativamente à qual é colocada em causa a correção e a fiabilidade dos relatórios, bem como a regularidade da presença do médico imagiologista contratado pela empresa concessionária;
  - ii) Serviço de urgência médico-cirúrgico no Hospital Doutor Manoel Constâncio-Abrantes, relativamente ao qual é alegada a inexistência de qualquer neonatologista no Serviço de Neonatologia; a existência de um dia fixo por semana (terça-feira) carente de atendimento na urgência externa do Serviço de Ortopedia; e um número insuficiente de especialistas no Serviço de Cirurgia Geral;
  - iii) Serviço de oncologia, relativamente ao qual é alegada a tomada de decisões administrativas e de gestão erradas/inadequadas, assim como falhas técnicas no diagnóstico e tratamento de doentes.
6. Na sequência da exposição apresentada, e já em sede do processo de avaliação n.º AV/86/2015, foi solicitado ao prestador, em 30 de junho de 2015, que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. Se pronunciem sobre todo o teor da exposição remetida à ERS;
2. Concretamente, que se pronunciem e/ou confirmem, designadamente:

*i. As alegadas restrições no funcionamento do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital Doutor Manoel Constâncio-Abrantes, nomeadamente, a alegada inexistência de qualquer neonatologista no Serviço de Neonatologia; a existência de um dia fixo por semana (terça-feira) carente de atendimento na urgência externa do Serviço de Ortopedia; e um número insuficiente de especialistas no Serviço de Cirurgia Geral;*

*ii. E, bem assim, os alegados constrangimentos no funcionamento do Serviço de Oncologia.*

[...]

*4. Identifiquem as medidas, entretanto eventualmente adotadas para obviar aos problemas e dificuldades referenciados na supra mencionada exposição;*

*5. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – cfr. pedido de elementos remetido ao prestador em junto aos autos.*

7. Por resposta remetida em 17 de agosto de 2016, prestador veio aos autos referir o seguinte (acompanhado da documentação respetiva):

“[...]

- *os cuidados de saúde neonatais prestados no CHMT são-no devidamente enquadrados no Serviço de Pediatria cuja idoneidade formativa é reconhecida pela Ordem dos Médicos, tendo este Centro Hospitalar nos seus quadros um profissional médico com competências específicas nesta área em concreto, nomeadamente, detentor de certificado do Ciclo de Estudos Especiais em Neonatologia. A adequação da designação utilizada para identificar o local onde os cuidados de saúde neonatais são prestados será avaliada pelo já referido Processo de Averiguações que o Conselho de Administração mandou instaurar;*
- *as dificuldades de preenchimento de escalas de serviço de algumas especialidades são partilhadas por outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde, funcionando nessas situações os canais de referência hospitalar (dentro e fora do SNS) e de forma a assegurar sempre o atendimento e a prestação de cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde.*

*Assim acontece com os doentes da especialidade de ortopedia que pela diminuição do número de ortopedistas nos quadros do CHMT obriga, presentemente, ao encaminhamento dos doentes para o Hospital Distrital de Santarém às terças-feiras. Assegura-se, desta forma, a prestação de cuidados de saúde aos utentes. Este encaminhamento tem sido operado, sem nota de disrupções, em articulação com as diversas entidades envolvidas, nomeadamente a Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, o CODU e o próprio Hospital Distrital de Santarém. Perspetiva-se que esta situação possa conhecer o seu termo no mês de Setembro.*

*[...]*”.

8. Adicionalmente, o prestador remeteu ainda, em 21 de outubro de 2015, as conclusões do processo de averiguações interno que recaiu sobre o conteúdo da exposição em causa, o qual foi arquivado e que se reproduz de seguida:

“[...]

*1- TAC - Empresa S24*

*O contrato celebrado entre o Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. e a empresa S24, para realização das Tomografias Computorizadas, entrou em vigor em 15/01/2014, fls. 33 a 45, tendo sido celebrado pelo anterior Conselho de Administração do qual era Diretor Clínico o Dr. P.V., ora participante.*

*De acordo com informação obtida, o atual Conselho de Administração ao tomar conhecimento de algumas reclamações referentes à qualidade dos relatórios clínicos pediu à empresa que reavaliasse os seus colaboradores de modo a melhorar os relatórios e tornasse mais eficiente a sua prestação, tendo instaurado, inclusive, processos de averiguações para esclarecimento de situações participadas. Os contratos são anuais estando atualmente a decorrer procedimento concursal, de acordo com legislação em vigor.*

*2- Anatomia Patológica*

*Até Junho do ano de 2014 os exames de Anatomia-Patológica estavam a ser realizados na empresa/laboratório CEDAP.*

*O Conselho de Administração anterior decidiu suspender o envio de exames para esta empresa e celebrou contrato com a CLINILAB do grupo GALILEI, em Junho de 2014, fls. 46 a 56.*

*O atual Conselho de Administração, em Dezembro de 2014, ao constatar a existência de anomalias graves no funcionamento da empresa CLINILAB,*

*retomou a atividade com a CEDAP, sem que tenha havido, até à data, qualquer reclamação sobre o desempenho da CEDAP.*

### *3- Oncologia*

*A atividade oncológica do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. tem sido assegurada essencialmente por Prestadores de Serviços, com exceção do período compreendido entre 1/10/2012 a 12/01/2013, período em que exercia funções uma médica Oncologista, em contrato individual de trabalho, com 40h/semana, fls. 60 a 65.*

*Em 11 de Fevereiro 2015 o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., na vigência do atual Conselho de Administração, celebrou contrato com Médica Oncologista, Dr.º CP, em contrato individual de trabalho, de 40h/semana, tendo a responsabilidade de gestão de toda a atividade oncológica do CHMT, fls. 66 a 71.*

*A partir desta altura, todos os doentes do foro oncológico passaram a estar registados nas consultas de decisão terapêutica em parceria com o Serviço de Radioterapia do Hospital de Santarém.*

*Os problemas relatados na participação - não identificados - tendo em conta as datas em que existiu médico oncologista em CIT, podem naturalmente ter ocorrido quando o Serviço de Oncologia não tinha a organização atual, o que remete para o tempo de vigência da Direção Clínica do Dr PV, ora participante.*

### *4- Ortopedia*

*A redução do número de Médicos Ortopedistas, particularmente por aposentação, tem vindo a dificultar a elaboração da escala de Urgência.*

*Esta situação foi ainda agravada pelo Conselho de Administração anterior com a autorização de saída do Dr. JB em regime de mobilidade interna, fls. 59.*

*O Centro Hospitalar tem publicitado abertura de concursos para celebração de contratos individuais de trabalho com médicos ortopedistas, sem que tenha ainda sido possível suprir as necessidades, pelo que continua a ter de recorrer a prestação de serviços para suprir a necessidade das escalas.*

### *5- Neonatologia*

*O Serviço de Neonatologia foi criado com a contratação do Dr. VM, mas sempre com escala de neonatologia composta por Pediatras.*

*Atualmente apenas saiu da escala o Dr. V.M mantendo a escala o mesmo perfil que já vinha do Conselho de Administração anterior.*

#### *6- Cirurgia Geral*

*Tal como a Ortopedia a redução do número de Médicos tem condicionado a elaboração de escala de urgência, mas sem haver qualquer rotura no atendimento normal aos utentes.*

*O Centro Hospitalar tem publicitado abertura de concursos para celebração de contratos individuais de trabalho com médicos-cirurgiões, mas sem prestação de serviços para suprir a necessidade das escalas.*

#### *7- Senologia*

*A atividade da Médica contratada, Dra. SC, para apoio nesta área não sofreu qualquer interrupção.*

*[...]*

9. Consultado o Perito Médico da ERS, este pronunciou-se no seguinte sentido:

*[...]*

*Se, por um lado, não se pode, nem deve, “obrigar” médicos a trabalhar para além do legalmente imposto, por outro lado os contratos de prestação de serviços para colmatar escalas de urgência não resolvem completamente a situação, por indisponibilidade dos próprios prestadores. Relativamente aos prestadores para MCDT, parece que alguns “erros” de leitura de TAC poderão ter existido. No entanto não se poderá imputar ao médico radiologista qualquer responsabilidade sem primeiro termos conhecimento da informação clínica disponibilizada pelos clínicos. De referir que o TAC relativo ao aneurisma da aorta tem referido o mesmo aneurisma no relatório.*

*[...]*

10. Os factos relativos à exposição do Dr. P.V. prendem-se, eminentemente, com a organização, gestão e funcionamento interno do prestador, a que acresce, em muitos casos, o carácter insuficientemente concretizável dos mesmos.
11. Todavia, os factos relativos à exposição subscrita por F.I. suportam, em concreto, muitos dos pontos avançados na exposição do Dr. P.V., termos em que a análise se reconduzirá à apreciação da primeira exposição mencionada.
12. No mesmo ofício remetido pela Ordem dos Médicos à ERS, foi ainda comunicada uma notícia sobre a morte do bebé da utente LC na maternidade de Abrantes, a

qual poderia estar eventualmente relacionada com a insuficiência de meios técnicos e/ou humanos do CHMT.

13. Na sobredita notícia, é referido, concretamente, o seguinte:

“[...]

*O menino acabaria por morrer ainda dentro da barriga da mãe, na segunda-feira, 9 de Março, após esta ter estado internada três dias no Hospital de Abrantes, um dos três que integra o Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT). A direcção clínica do CHMT, [...], garante a O MIRANTE que «o atendimento foi efectuado dentro dos trâmites normais e seguindo os procedimentos que estão protocolados».*

[...]”.

14. Assim, em 30 de junho de 2015, foi solicitado ao prestador que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]

*3. No que concerne à notícia da morte do bebé, que se pronunciem sobre o teor da mesma, remetendo toda a informação e suporte documental sobre os procedimentos internos em vigor à data dos factos e respetiva evidência sobre o seu adequado e cabal cumprimento;*

[...]”.

15. Por resposta remetida em 16 de dezembro de 2015, o prestador remeteu a seguinte informação, acompanhada de documentação clínica:

“[...]

*A utente [...] foi internada no Serviço de Obstetrícia deste Centro Hospitalar, no dia 06.03.2015 e teve alta no dia 10.03.2015.*

*[...] a utente recorreu ao Serviço de Urgência por dores lombares à direita, tendo sido avaliada e encaminhada de acordo com o quadro clínico que apresentava. O parto não foi efetuado por não haver indicação para tal, os registos à mãe e feto foram feitos dentro da rotina estipulada e apresentavam valores normais. Os analgésicos ministrados à utente foram os indicados para a situação de gravidez de terceiro semestre sem efeitos nocivos para o feto porque não se poderia tratar a mãe e o feto separadamente.*

*No dia 9 de março de 2015, não foi detetado foco cardíaco no registo e constatada a morte fetal ecograficamente.*

[...].

16. Por pedido de elementos adicional remetido em 6 de janeiro de 2016, foi solicitada a seguinte informação ao prestador:

“[...]

1. *Descrição de todas as etapas percorridas pela utente desde a sua admissão e procedimentos subsequentes, em especial, do ocorrido durante o período de internamento da mesma;*
2. *Motivos para a morte do feto;*
3. *Identifiquem as medidas, entretanto eventualmente adotadas, para obviar aos problemas e dificuldades referenciados na supra mencionada notícia;*

[...].”

17. Por resposta rececionada em 15 de janeiro de 2016, o prestador prestou os seguintes esclarecimentos:

“[...] *junto anexamos resultado da autópsia médico-legal, onde foi considerado que o feto teve causa de morte natural.*

*Reiteramos que de acordo com informação da Sra. Diretora do Serviço de Obstetrícia, a utente foi avaliada e encaminhada de acordo com o quadro clínico que apresentava. O parto não foi efetuado por não haver indicação para tal. Os analgésicos ministrados à utente foram os indicados para a situação de gravidez de terceiro trimestre, sem efeitos nocivos para o feto, situação comprovada nos resultados da autópsia.*

[...].”

18. Consultado o Perito Médico da ERS, este pronunciou-se no seguinte sentido:

“[...]

*A situação reportada, de acordo com os dados de autópsia, corresponde a um quadro de morte por asfixia in útero, de causa não determinada. Havendo registos de cardiotocografias realizadas durante o internamento da grávida, com traçados não preocupantes, e não estando descrita qualquer anormalidade prévia ou durante o parto (por exemplo, uma circular do cordão, como parece ser o facto) não haveria modo de prever a situação. Tratar-se-á, provavelmente de uma causa de morte natural, não previsível, nem evitável. Não parece terem sido violadas as “legis artis” nesta situação.*



[...].”

19. Relativamente a esta questão estando em causa matéria de cariz essencialmente clínico foi ouvido o Perito Médico da ERS, o qual se pronunciou no sentido de que não resultam indícios do incumprimento de regras ou procedimentos de qualidade na prestação de cuidados de saúde.

### **I.3. Da reclamação de FI relativa à utente PH**

20. Posteriormente, e com relevo para a análise dos factos constantes da exposição do Dr. P.V., a ERS tomou igualmente conhecimento da exposição apresentada por FI, relativa à sua avó PH, entretanto falecida.

21. Concretamente, é referido na exposição o seguinte:

“[...]

*Episódio um: No dia 30 de julho a minha avó necessitou deslocar-se ao serviço de urgência do Hospital de Tomar (Hospital Nossa Senhora da Graça - Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE) devido a um hematoma que fez na sua perna esquerda. Deu entrada no serviço de urgência cerca das 21h:00min [...]*

*Uma vez que este hospital não dispõe de cirurgiões que a possam tratar, o médico decide que ela deve ser transferida para o Hospital de Abrantes (Hospital Dr. Manoel Constâncio). É colocada à espera do transporte com uma ferida exposta com 20 cm, e com uma hemorragia permanente, que tentávamos travar com algumas ligaduras e toalhas.*

*É efetuado o pedido de transporte para a sua transferência cerca das 23 horas (h) e 12 minutos (min). Como este tardava em chegar, ao fim de 45 minutos de espera e inoperância total perante a situação em que a minha avó se encontrava, obrigou-me a que eu, e familiares, interviéssemos junto dos serviços responsáveis, e questionássemos o porquê de tal demora, ao que nos responderam inicialmente que o transporte vinha de Fátima. Ao serem questionados mais uma vez, ficamos a saber que afinal o transporte vinha de Leiria. A cada questão, localização diferente e informação incoerente. É inadmissível tamanha conduta, e esta levou-me a que cerca das 00h40min, já do dia 31 de Julho, contactasse os serviços centrais (Torres Novas), e os questionasse sobre a causa de tal demora, se precisavam que eu chamasse uma ambulância de Lisboa, ou se era preciso chamar o INEM (112) para dentro do*

*Hospital (poderei precisar a hora da chamada quando tiver o meu registo de chamadas).*

*A ambulância chegou aproximadamente à 1h00min, e quase 2 horas após o pedido inicial. Foi então que questionei estes profissionais sobre o porquê de tal demora, tendo ficado estupefacto quando estes me informam que o pedido de transporte apenas tinha sido recebido às 0:00 horas, e que tinha vindo de Abrantes. Não me foi dada qualquer explicação pelos serviços hospitalares para este desfasamento de tempo.*

*É feito o transporte, partilhado com uma paciente com uma infecção pulmonar, o que não me pareceu de todo normal. A minha avó estava suscetível a qualquer infecção, e neste contexto ela ficou muito exposta. Contudo, este foi feito de forma a socorrer a outra doente, que de outra forma teria de esperar pelas 8h00min para poder ter transporte para Abrantes.*

*A chegada ao Hospital de Abrantes acontece cerca das 1h45mín. É feita intervenção na perna esquerda pelo cirurgião, o qual a encaminha para internamento. Em conversa Informal, este profissional comenta que nesse mesmo dia tinha dado alta a uma doente com o quadro clínico muito similar, que necessitou de 5 meses para o total encerramento da ferida, uma vez que não era possível suturar a perna.*

*Durante o dia 31 de julho somos contactados pelo hospital, para informar que a minha avó iria ser transferida novamente para o Hospital de Tomar onde ficou internada até dia 7 de agosto.*

*No período em que estive Internada é questionada pela assistente social sobre se teria alguém que pudesse tomar conta dela durante o dia. Ela indica que não, assim como a minha mãe após contato da mesma. A assistente social contacta os serviços sociais por forma a ser dada assistência e cuidados médicos externos ao hospital, uma vez que lhe pretendiam dar alta.*

*Somos contactados pela assistente social que nos Informa que nos devemos deslocar, junto com a minha avó, ao centro de dia de S. Martinho, na Igreja Nova, no dia da alta médica, onde já se encontrava o processo em andamento. De salientar, que apesar de solicitada informação, não nos foi dada qualquer indicação sobre a situação clínica da minha avó, nomeadamente o facto de a minha avó estar acamada, uma vez que não poderia fazer qualquer esforço sobre a perna esquerda. No dia da alta já com a minha avó, verificamos junto da Dr. T. responsável do centro de dia, que o tipo tratamentos e cuidados de que a minha*

*avó carecia não poderiam ser prestados naquela instituição, uma vez que a minha avó se encontrava acamada, e que a mesma não possuía qualquer vaga de momento, encontrando-se com lotação máxima. No entanto, mediante aquela situação, o centro de dia dispôs-se a auxiliar na realização da higiene diária ao domicílio, que ficou acordado e passou a ser realizada até ao dia do seu falecimento.*

*A 10 de Agosto deixo a minha avó na cama e desloco-me aos serviços sociais do Hospital de Tomar, a fim de que me auxiliassem a encontrar um local onde a minha avó tivesse os cuidados de que precisava. Mais uma vez me dizem que não podem fazer mais nada, dado que já tinha efetuado a alta do hospital, agravado pelo facto de que a assistente social que tratou do processo tinha ido de férias. Falei com a assistente social que se encontrava a substituí-la, que me disse que mediante o quadro clínico da minha avó e a sua situação de total ausência de apoio fora do hospital, ela não deveria ter tido alta médica.*

*Dada toda a situação, resolvo realizar uma reclamação no referido hospital (reclamação Hospital de Tomar, em anexo).*

*Desloco-me ao Centro de Saúde de Ferreira do Zêzere e efetuo todos os procedimentos necessários junto do mesmo, de modo a poder solicitar os serviços continuados para a minha avó. Julgo que este procedimento deveria ter sido efetuado pela assistente social antes de ter sido dada alta à minha avó, ou pelo menos esta profissional deveria ter agilizado o processo, ou informar a família dos procedimentos a tomar. Fiquei sem perceber qual a função desta profissional, mas agradeço esclarecimento.*

*Para finalizar este episódio, anexo a Nota de Alta (emitida pelo Hospital de Tomar) onde é descrita como tendo sido tratada a perna direita, quando todo o problema foi na perna esquerda. Anexo também a Referência de Enfermagem facultada também na alta médica, onde são descritas as limitações que a minha avó tinha, para que vossa excelência possa analisar os factos que acabo de relatar.*

*Episódio dois; No seguimento do episódio um, fiquei a tratar da minha avó, e apesar de às 0h35min do dia 12 de Agosto ela estar em perfeito estado de saúde mental, e não fosse o episódio acima relatado, em perfeito estado físico, vi-me obrigado pelas 7h06min e pelas 7h13min a contactar o serviço de emergência médica, 112, para solicitar ajuda.*

*Os Bombeiros de Ferreira do Zêzere foram prontos a chegar ao local e a avaliar o seu estado de saúde, no entanto limitando-se as suas valências, e*

*salvaguardando-se de qualquer questão futura, deram-me a sua opinião sobre o que possivelmente poder a ser o quadro clínico da minha avó, dizendo-me que esta poderia estar a sofrer um acidente vascular cerebral (AVC).*

*Mediante este cenário, solicitei de imediato que o transporte fosse efetuado para Hospital de Abrantes ou para Hospital de Santa Maria, em Lisboa. Esta última opção devesse ao fato de a minha avó ser acompanhada em diversas especialidades nesta instituição, e além de que este é o hospital de referência da minha residência. [...]*

*Foi-me indicado que teriam que efetuar o transporte para onde fosse ordenado, apesar de perceberem e concordarem com as razões que lhes apresentei. Após análise e comunicação pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), fui informado que teria que ser transportada para Hospital de Tomar.*

*[...]*

*Apesar de todas as experiências com este hospital serem negativas, acatei as directrizes, não sendo difícil prever qual seria o desfecho.*

*Chegada ao Hospital de Tomar, a minha avó foi encaminhada e observada no serviço de urgência, ainda antes das 8h00mn.*

*Sou informado pelo médico que estão sem sistema informático, não tendo forma de consultar o histórico da paciente. Perante tal situação, informo-o de que possuo um documento elaborado por mim, onde refiro qual a medicação e respectiva posologia, com a hora do dia em que a minha avó os tomava. Facultei este documento aos bombeiros, e julgava eu que seria entregue ao darem entrada da doente, para anexar ao seu processo. Felizmente, e dada a experiência com os serviços, fazia-me acompanhar por algumas cópias.*

*Posto isto, e após análise do médico em conferência telefónica com hospital de Abrantes, sou informado que possivelmente a minha avó tem um AVC. Mas para confirmação do seu quadro clínico é necessário fazer uma tomografia computadorizada (TC), coisa só possível no hospital de Abrantes. Até porque só com este exame complementar de diagnóstico, seria possível classificar o AVC.*

*Tendo eu permanecido próximo da minha avó, não me apercebi de que lhe tivessem administrado qualquer medicação, nem fui informado de tal.*

*Sendo que numa situação de AVC as primeiras 4 horas são de extrema importância para minimizar os efeitos nefastos, considero que o tempo*

*despendido na ida ao Hospital de Tomar, em nada abonou para a melhoria do seu estado.*

*Chegada ao Hospital de Abrantes cerca das 9h50min, sou chamado à triagem, onde me informam claramente que estão sem sistema informático à mais de 24 horas, não sendo possível efetuar a consulta do histórico do doente, realizar exames complementares de diagnóstico, entre outras operações. No caso da minha avó não seria possível realizar a TC. Neste exato momento exijo que seja feita de imediato a transferência para Lisboa (Hospital de Santa Maria), de modo a que ela ainda possa ter a devida assistência, ao que me respondem que poderia aguardar Junto da minha avó, até que verificassem o que seria possível fazer.*

*[...]*

*Na ausência de mais informação, solicito falar com a médica para que me informe do estado clínico da minha avó. Cerca das 01h00min sou informado que se trata realmente de um AVC, mas que é preciso fazer uma TC para avaliar a sua gravidade, contudo, teria que aguardar, pois o equipamento que realiza esses exames estava avariado, e os técnicos estavam a tentar reparar. Estavam neste cenário a cerca de 24 horas, pois tinham ocorrido problemas elétricos que causaram todas estas falhas. Solicito novamente à médica que autorize o transporte para Lisboa (Hospital de Santa Maria), pois o problema do TC podia ficar resolvido em 10 minutos ou poderia levar horas, horas essas de que a minha avó não dispunha.*

*Pedem-me que seja paciente e aguarde, o que faço até às 11h40min, que é quando solicito novo ponto de situação. Sendo que o equipamento de TC ainda não estava funcional, uma vez mais solícito o transporte para Lisboa (Hospital de Santa Maria). A médica informa-me que a qualquer momento este estaria a funcionar e, apesar do serviço de urgência estar apinhado de doentes, seria das primeiras a fazer o referido exame.*

*Ao fim de aproximadamente 2 horas de espera, finalmente a médica é informada telefonicamente que o equipamento já está operacional. Às 13h30min, ainda sem qualquer informação sobre a situação da minha avó, pois só era possível voltar a falar com a médica às 14h30min intercepto um funcionário para saber novidades sobre o estado da minha avó, e este amavelmente questionou a médica, que o informou que ela já tinha realizado o exame e já estava medicada.*

*Às 14h40min chego novamente à fala com a médica, onde me é confirmado que a minha avó sofreu um AVC isquémico, informando-me que ela ficaria internada e*

*que as próximas 48 horas seriam cruciais para o desfecho desta situação. No entanto, a minha avó não ia para a área de medicina interna, uma vez que não havia vagas, ficando no serviço de observação (SO). Tive depois oportunidade de estar junto da minha avó e constato que não só ela mas mais alguns doentes estão não no SO, mas nos corredores, pois também o SO estava lotado.*

*[...]*

*Durante o período que me encontro junto da minha avó, questiono o serviço sobre o modo de administração da medicação, uma vez que apenas tinha visualizado o soro, ao que me é respondido que foi um injetável na barriga.*

*Acabado o período de visita fico a meditar sobre os eventos até aquele momento e o que eventualmente ainda poderia fazer. Chego à conclusão que a minha avó iria ficar num corredor, sem a menor dignidade, até que a morte chegasse, e provavelmente dado o estado de saturação do serviço, ninguém notaria.*

*Mais uma vez volto à fala com a médica, questionando-a sobre o estado de saúde da minha avó e uma possível transferência, dado que todos os serviços estavam sobrelotados e iria ficar num corredor. Coloco-lhe a possibilidade de transferência para o hospital da minha área de residência, e dou-lhe a conhecer o meu intuito de que pretendo trazer a minha avó para viver em Lisboa, estando a tratar da burocracia para tal. Dado que ela teria melhores cuidados no Hospital de Santa Maria, concluímos que existiam fortes razões para a sua transferência.*

*Mais uma vez a saga do pedido de transporte, que foi realizado às 16h57min e chegou às 21h00min. Enquanto aguardava por este, apercebi-me pelas conversas dos funcionários que o tempo de espera era de 6 horas. Mais que inadmissível, é uma verdadeira falta de respeito.*

*Às 22h30min chega ao Hospital de Santa Maria, onde ao fim de 1 hora estão efectuados todos os exames complementares de diagnóstico, como análises clínicas, raio-X e TC. De referir que o relatório de urgência de Tomar e Abrantes não acompanhou a transferência, pelo que no Hospital de Santa Maria o médico não tinha qualquer informação dos procedimentos anteriormente tomados. O médico do Hospital de Santa Maria contactou a unidade de Abrantes, vindo a verificar por meio de fax enviado à unidade de urgência do Santa Maria que não tinha sido feita qualquer medicação. Após a avaliação de todos os exames, cerca das 1h00min do dia 13 de agosto, é-me indicado que de facto a minha avó tem um AVC isquémico, numa artéria principal, e face ao tempo passado e sem medidas adequadas tomadas atempadamente, pouco já haveria a fazer. No*



*entanto ficou internada na Medicina 2 C, onde reconheço com todas as condições e, no qual, agora sim tudo havia sido feito para reverter o seu estado de saúde*

*Às 20h20min do dia 13 de Agosto 2015 a minha avó falece no hospital para o qual deveria ter sido imediatamente encaminhada, este ou outro com a mesma capacidade de resposta, a quem a ele acorre, e não para um Hospital como o de Tomar, que possui uma capacidade de resposta similar a um Centro de Saúde, não percebendo eu o porquê da designação de hospital. Este só faz os doentes perderem tempo vital e desperdiçarem meios cruciais.*

*No Hospital de Abrantes nada funciona, pois nem sequer era possível solicitar um transporte, pois a justificação para a espera de 6 horas para a transferência, era a falta de papel para o fax.*

*[...]*

#### **I.4. Das demais reclamações apensadas aos presentes autos**

22. Na reclamação de MA, relativa à utente OM, é referido o seguinte:

*“[...] OM que deu entrada nesta unidade hospitalar ontem dia 27/07/2015 pelas 22h45 com tremores e ausência de sensações no braço e perna direita. Foram-lhe realizados os exames TAC e análises. Foram encontradas alterações no TAC realizado e o cirurgião disse-me que iria ser transferida o mais rápido possível para o Hospital de S. José em Lisboa. Esta informação foi-me dada às 3h15 da manhã [a reclamação foi subscrita pelas 10h33], tendo-me sido transmitido que teria de ser transportada em breve pela ambulância.*

*Hoje, 28-07-2015, liguei para o Hospital S. José e a minha mãe não tinha dado entrada na unidade. [...] falei com uma enfermeira que me informou que esperavam a ambulância desde a 1h00 da manhã, sendo já 9h30.*

*[...]*

23. Tendo o prestador esclarecido, quanto a estes factos, em sede de resposta à reclamação apresentada, o seguinte:

*“[...] Lamentamos ainda o incómodo eventualmente causado pela demora no transporte de transferência para outra Unidade Hospitalar, estando esta situação devidamente identificada e em fase de resolução”.*

24. Na reclamação de AL, relativa à utente MJ, é referido o seguinte:

*“[...] informar a minha insatisfação quanto ao serviço prestado pelas ambulâncias de Crespo-Fátima.*

*Encontro-me no hospital desde as 22h [a reclamação foi subscrita pelas 10h33] do dia 8 de agosto de 2015 à espera de uma ambulância para transportar a minha avó [...], encontram-se 4 doentes na mesma situação e devido a essa situação a ambulância que se deslocou até ao Hospital de Abrantes recusaram-se a levar qualquer doente e abandonaram o hospital sem qualquer informação.*

*[...]”.*

25. Tendo o prestador esclarecido, quanto a estes factos, em sede de resposta à reclamação apresentada, o seguinte:

*“[...] Lamentamos ainda o incómodo eventualmente causado pela demora no transporte de transferência para outra Unidade Hospitalar, estando esta situação devidamente identificada e em fase de resolução”.*

26. Na reclamação de MA, relativa à utente MF, é referido o seguinte:

*“[...] Atraso do transporte da ambulância, para levar a paciente [...] do Centro Hospitalar de Torres Novas para Abrantes, após feito o pedido [...] às 15’30. Não se compreende como tal pode acontecer com uma doente de 93 anos à qual foi diagnosticada Pneumonia este atraso de cerca de 3 horas [reclamação subscrita às 17h45]. [...]”.*

27. Tendo o prestador esclarecido, quanto a estes factos, em sede de resposta à reclamação apresentada, o seguinte:

*“[...] Lamentamos profundamente o incómodo eventualmente causado pela demora na realização do transporte de transferência para a Urgência Médico-cirúrgica, estando esta situação devidamente identificada e em fase de resolução”.*

28. Na reclamação de RM, relativa à sua filha (cujo nome não foi possível apurar), lê-se o seguinte:

*“[...] Venho por este meio reclamar o tempo que estive à espera de uma ambulância para transportar a minha filha do Hospital de Torres Novas para o Hospital de Abrantes*

*A minha filha sofreu uma queda violenta [...]. [...] é inadmissível deixar uma criança de 15 anos estar mais de 2 horas à espera de uma ambulância. A médica pediu o transporte às 22 horas [...] e às 00:20m ainda continuo à espera do*



*transporte. Não compreendo como é possível deixar uma criança nestas condições tanto tempo à espera para ser transportada para outro hospital! [...]”.*

29. Tendo o prestador esclarecido fornecido a seguinte resposta à reclamante:

*“[...] de acordo com a informação documentada existente nos registos do CHMT, o transporte referido foi solicitado em tempo oportuno pelos nossos serviços para a Central de Bombeiros. [...]”.*

## **I.5 Diligências**

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

- (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao registo do prestador, Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT), entidade registada no SRER da ERS sob o n.º 10593;
- (ii) Pedidos de elementos ao CHMT em 30 de junho de 2015, 6 de janeiro de 2016 e 15 de junho de 2016, e análise das respetivas respostas datadas de 17 de agosto de 2015, 21 de outubro de 20015, 10 de março de 2016 e 1 de julho de 2016;
- (iii) Pedido de elementos ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM) em 16 de fevereiro de 2016, e análise da respetiva resposta datada de 10 de março de 2016
- (iv) Pedido de elementos ao Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, E.P. em 15 de junho de 2016, e análise da respetiva resposta datada de 6 de julho de 2016.

## **II. DOS FACTOS**

### **II.1 Factos relativos à reclamação de FI e resposta do prestador**

31. Por ofício de 16 de fevereiro de 2016, foi o prestador questionado sobre os seguintes aspetos:

“[...]

1. *Identificação da equipa de urgência presente no dia 30 de julho de 2015 no Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar (HNSG), discriminada por nome, categoria profissional, número de cédula profissional e funções;*
2. *Confirmação de que a transferência da utente do HNSG para o Hospital Doutor Manoel Constâncio – Abrantes (HDMC), no dia 30 de julho de 2015, ocorreu por falta de especialistas em cirurgia para realizarem a intervenção de que a utente necessitava;*
3. *Explicitação, de forma fundamentada e acompanhada do respetivo suporte documental, dos procedimentos internos existentes para a operacionalização da transferência inter-hospitalar de utentes, designadamente, indicação dos acordos/protocolos existentes para o efeito;*
4. *Informem sobre os procedimentos/práticas genericamente implementados para planeamento das altas clínicas relativamente a doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança, acompanhado do respetivo suporte documental;*
5. *Informem se está constituída a Equipa de Gestão de Altas nas unidades hospitalares que compõem o Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), qual a sua composição, com indicação das categorias e funções dos profissionais de saúde que a compõem;*
6. *Informem sobre quais os motivos para a utente ter sido reencaminhada, após receber alta médica no dia 7 de agosto no HNSG, para o Lar de São Martinho (Ferreira do Zêzere), quando o mesmo alegadamente não dispõe do tipo de tratamentos e cuidados que a utente necessitava e quando o mesmo não dispunha de nenhuma vaga para receber a utente à data dos acontecimentos;*
7. *Pronunciem-se sobre o facto de constar da Nota de Alta emitida pelo HNSG menção a intervenção à utente na perna direita, quando a mesma incidiu sobre a perna esquerda, se tal menção foi corrigida e em que data;*
8. *Relativamente ao episódio de urgência do dia 12 de agosto de 2015, informem:*
  - i) *Hora da admissão da utente no Serviço de Urgência do Hospital de HNSG;*

*ii) Do diagnóstico realizado e respetiva classificação de acordo com a Triagem de Manchester;*

*iii) Da hora em que foi efetuado contacto com a unidade de Abrantes e de toda a informação trocada nesse âmbito, designadamente, se foi acordada a necessidade de transferência da utente para aquela unidade com vista à realização de TAC;*

*iv) Hora em que foi operacionalizada a transferência da utente para a unidade de Abrantes;*

*v) Hora da admissão da utente no Serviço de Urgência da unidade de Abrantes;*

*vi) Do diagnóstico realizado e respetiva classificação de acordo com a Triagem de Manchester;*

*vii) Da hora em que foi efetuado contacto com o CHLN–Hospital Santa Maria e de toda a informação trocada nesse âmbito;*

*viii) Hora em que foi operacionalizada a transferência da utente para o CHLN-Hospital Santa Maria, designadamente, bem como motivos pelos quais o transporte, tendo sido pedido às 16h57, só ocorreu às 21h00m;*

*ix) Sobre o facto do relatório de urgência da utente não ter acompanhado a sua transferência para o Hospital Santa Maria - CHLN.*

*9. Informação quanto à integração das unidades hospitalares do CHMT na Via Verde AVC;*

*10. Indicação dos procedimentos definidos para aquelas unidades ao nível do Serviço de Urgência no sentido do tratamento e/ou encaminhamento de doentes enquadráveis na Via Verde AVC;*

*11. Indicação sobre se a situação concreta foi enquadrada no âmbito dos procedimentos adstritos à Via Verde AVC, ou, em caso negativo, indicação das razões para que tal não tenha sucedido;*

*12. Considerando o reporte de avaria persistente no sistema informático (há mais de 24 horas), o qual impossibilitaria o acesso ao registo clínico dos utentes e, bem assim, a realização de MCDT's (no caso, TAC), esclareçam:*

*i) O fundamento para, aquando do pedido de transferência da utente da unidade de Tomar para a unidade de Abrantes com vista à realização de TAC para completo diagnóstico da eventual situação de AVC em presença, tal impossibilidade técnica não ter sido comunicada à unidade de Tomar;*

*ii) O fundamento para, aquando da chegada da utente à unidade de Abrantes, e considerando a impossibilidade de ser prosseguida a avaliação de que utente necessitava para confirmação do diagnóstico de AVC, não ter sido de imediato desencadeado o procedimento de referenciação da utente para outra unidade do SNS com capacidade de resposta para a situação concreta;*

*iii) Se da existência de tais avarias foi efetuado reporte ao CODU do INEM, bem como das limitações técnicas existentes na sequência dessas mesmas avarias;*

*iv) Das diligências adotadas para a resolução das avarias em causa, bem como indicação dos procedimentos internos existentes para operacionalização de estratégias alternativas de resolução em situações análogas.*

*[...]*

32. Por resposta datada de 10 de março de 2016, o prestador veio aduzir os seguintes pontos (acompanhados da documentação respetiva):

*[...]*

*Relativamente ao ponto 1, informamos que no dia 30 de Julho de 2015, estavam escalados no SUB de Tomar os médicos não especialistas: Dra. DT), Dr. JAP e o Dr.PA.*

*No que respeita ao ponto 2, esclarecemos que por determinação do Ministério da Saúde (Despacho n. e 5414/2008) e na sequência do processo de requalificação da rede de Urgências, foi determinado que no caso do Centro Hospitalar do Médio Tejo, a Urgência Médico Cirúrgica ficaria localizada na Unidade de Abrantes, ficando as Unidades de Tomar e Torres Novas, definidas como Serviços de Urgência Básicos. Os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência.*

*O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB. Assim, e de acordo com a sua própria definição, os doentes que carecem de observação por especialidades médicas cirúrgicas, são transferidos dos SUB para SUMC, logo confirma-se que efetivamente a utente foi transferida da Unidade de Tomar para a Unidade de Abrantes, porque a Urgência Médico-Cirúrgica do CHMT está situada nesta Unidade, única Unidade com Urgência externa de Cirurgia.*

*Relativamente ao ponto 3, informamos que os procedimentos de transferência inter hospitalar de utentes, são efetuados de acordo com o protocolo de Transferência e Referenciação (PT.GRL.024 .03) e Instrução de Trabalho Requisição de Transporte de Doentes (IT.GRL.033.00), em anexo.*

*Relativamente ao Ponto 4, esclarecemos que de acordo com o Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social - para o Planeamento das Altas Hospitalares (disponível online em [www.acss.mm-saude.pt](http://www.acss.mm-saude.pt)) e Protocolo de Intervenção e Atuação do Serviço Social na área Cirúrgica (PT.SOC.004.00 em documento anexo), a intervenção social no meio hospitalar tem essencialmente em vista a adequação das necessidades pessoais e familiares com a situação de doença, aspetos a serem tidos em conta no tratamento e no regresso ao domicílio, visando igualmente promover e facilitar o contacto dos doentes e famílias com as instituições da comunidade adequadas, com objetivo de resolver, e ultrapassar as disfunções que possam dificultar o tratamento e reabilitação/cura com vista à reintegração social das pessoas no pós alta hospitalar.*

*São funções do Serviço Social no Hospital, através da Circular Normativa n.º 8/2002 do então Departamento de Modernização e Recursos de Saúde: elaboração do diagnóstico social; proceder ao acompanhamento psicossocial dos utentes e das famílias; participação da definição e concretização das políticas sociais de intervenção social a cargo dos estabelecimentos; assegurar a continuidade de cuidados sociais a prestar em articulação com os parceiros da comunidade; envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades; articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados, entre outras.*

*Neste caso concreto, e de acordo com a auditoria efetuada pela Sra. Coordenadora do Serviço Social, ao processo social, elucida-se que após referenciação por parte da equipa do Serviço de Cirurgia a filha da utente foi de mediato contactada para entrevista, para que no âmbito das boas práticas no planeamento de altas, fossem identificadas as necessidades de apoio e preparada a reintegração social, tendo a mesma alegado não poder deslocar-se ao hospital, porque estaria a tratar de procedimentos burocráticos inerentes às cerimónias fúnebres de uma familiar que entretanto havia falecido.*

*Neste âmbito foi alertada para a situação de limitação funcional da idosa e consequente incapacidade de se auto cuidar no pós alta, tendo solicitado orientação telefónica, alegando não poder levar a utente para Lisboa, onde os filhos residem, por esta não ser vontade da própria que não quereria sair de sua casa e porque os filhos, uma vez profissionalmente inseridos, não teriam disponibilidade para o apoio adequado. Informou ainda que no domicílio da utente, contava com o suporte informal de uma familiar, no período do final da tarde. Neste âmbito, foi colocada a hipótese de solicitação de apoio formal (apoio domiciliário ou centro de dia), tendo sido informada sobre os recursos existentes e direitos inerentes.*

*Relativamente ao ponto 5, informamos que de acordo com o previsto legalmente, o CHMT tem uma Equipa de Gestão de Altas, composta por um Enfermeiro, um Médico e uma Assistente Social, com as funções de acordo com o definido na legislação e regulamento Interno (RG.GRL.005 01 em anexo).*

*Mais se esclarece que no que respeita à pretensão familiar de proposta para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, solicitação nunca comunicada ao Serviço Social durante o internamento hospitalar, mas a quem, alegadamente o reclamante atribui essa responsabilidade, reiteramos que este recurso obedece a critérios rigorosos de referenciação, que são avaliados pelos profissionais de saúde, não sendo uma estrutura de apoio social para colmatar a incapacidade/indisponibilidade familiar para apoio. Aliás a necessidade exclusiva de apoio social, é neste âmbito critério de exclusão, ou seja, a referenciação obedece a determinados critérios clínicos específicos, pelo que não é um processo que possa ser unicamente desencadeado pelo Serviço Social, na sequência da solicitação do utente/familiares ou por indisponibilidade/incapacidade destes, para apoio dos seus membros nas necessidades básicas de vida diária.*

*Elucida-se que a situação concreta desta utente, não foi sinalizada à Equipa de Gestão de Altas, porque a especificidade dos cuidados de que a utente necessitava no momento da alta, enquadravam-se no âmbito das atribuições do centro de saúde, tal como esclarecido pela Sra. Diretora do Departamento Cirúrgico: “a alta foi planeada...foi adiada a pedido da família... em 04-08... Não é possível sair hoje... A alta efetivou-se 07-08... Os cuidados de seguimento que a doente necessitava post alta eram: cuidados de acompanhamento inerentes a idosa + pensos não complicados duas vezes por semana. Em rigor a doente poderia ter alta para domicílio com realização de pensos duas vezes por semana*

*ao cuidado do Centro de Saúde respectivo. Informo ainda que ao contrário do expresso nas várias reclamações não havia qualquer indicação clínica para que a doente estivesse acamada. Apenas havia indicação para elevação do membro inferior afectado, quando em repouso no leito. Se a doente não se mobilizava tal facto teve a ver com a idade e a patologia associada. Reforço que apos alta de Cirurgia os cuidados que a doente necessitava eram iguais aos prévios ao internamento, com excepção da necessidade já referida de realização de penso duas vezes por semana no centro de saúde".*

*No que respeita ao ponto 6, e de acordo com informação da Sra. Coordenadora do Serviço Social, esclarece-se que foi mediado contacto para perspetivar hipótese de suporte de apoio formal com a instituição de referência na área de residência da utente (Centro de Terceira Idade da Igreja Nova/com valências de centro de dia, apoio domiciliário e lar) e encaminhada a família para a referida instituição, no sentido de conjuntamente com a representante da mesma, avaliarem a situação e analisarem qual a melhor forma de apoio possível e se este efetivamente respondia às necessidades da utente/família. A filha da utente foi ainda informada da disponibilidade do Serviço Social Hospitalar para esclarecimentos posteriores e/ou adicionais, se tal considerasse necessário, o que nunca veio a acontecer até à data posterior à alta clínica da utente.*

*De realçar que o reclamante nunca teve qualquer contacto com a assistente social de quem reclama e a família da utente nunca se dirigiu ao Serviço Social, durante o Internamento da mesma, nem mesmo para informar que o recurso para o qual foi orientada telefonicamente (por sua solicitação), não correspondia às suas necessidades, situação que poderia ter desencadeado a procura de outras alternativas de reintegração social para a utente.*

*Salienta-se que os utilizadores dos serviços de saúde têm direitos associados, mas também têm deveres, lembrando que não compete aos serviços a substituição da família dos utentes nos deveres que a estes assistem.*

*Podemos constatar posteriormente, que a família também nunca chegou a formalizar antecipadamente, o pedido de apoio diretamente na instituição para a qual foi orientada, pelo que não perspetivou atempadamente e como era seu dever, se este recurso correspondia às suas expectativas.*

*Aproveitamos para elucidar que as férias são um direito dos trabalhadores e que independentemente do exercício deste direito, os serviços ficam assegurados,*



*pelo que a família da utente, poderia em qualquer momento, ter solicitado o Serviço Social durante o internamento*

*Em circunstância alguma, o Serviço Social Hospitalar, pode proceder à integração de um utente em estrutura de apoio formal, sem a concordância e autorização do mesmo/familiares ou representantes legais. Mais se esclarece que o processo de integração institucional é burocrático e pressupõe consentimento do próprio ou familiares, bem como responsabilização pelos encargos associados. De salientar que em momento algum, a vaga para admissão em qualquer uma das valências de apoio institucional, fica reservada apenas pela sinalização do Serviço Social Hospitalar e sem a devida formalização atempada do utente/familiares ou representante legal, sendo naturalmente exceção as situações de abandono ou rejeição familiar, indicadores não aplicáveis nesta situação concreta.*

*A intervenção do Serviço Social, visava minimizar a indisponibilidade familiar para apoio nas necessidades básicas da alimentação, higiene pessoal, tratamento de roupa e limpeza da habitação, ou seja, necessidades de vida diária (AVD'S) e necessidades/instrumentais de vida diária (AIVD'S).*

*Importa ainda esclarecer que é da responsabilidade do Serviço Social o encaminhamento para apoio social, não é o Serviço Social que ativa a continuidade de cuidados médicos e de enfermagem, a efetuar no pós alta por parte do centro de saúde.*

*Este serviço é ativado de forma imediata, por intervenção do utente/familiar/responsável ou representante deste, mediante a entrega das notas de alta clínica e de enfermagem no centro de saúde ao qual o utente presume. Esta documentação é entregue aquando a alta, é confidencial e dirigida aos pares (médico e enfermeiro).*

*No que respeita ao ponto 7, passamos a transcrever alguns dos esclarecimentos prestados pela Sra. Diretora do Departamento Cirúrgico e que nos parecem esclarecedores da situação: "Na nota de alta consta "hematoma na perna direita". Trata-se dum lapso cometido pelo clínico que elaborou o relatório (eu própria) \_lapso completamente inconsequente visto que a doente não apresentava qq lesão na perna contralateral; O lapso só foi detectado quando referido numa das reclamações da família, não foi corrigido por ser inconsequente e para não alterar o histórico nem o conteúdo da nota de alta..."*

*No que respeita ao ponto 8, de acordo com os esclarecimentos prestados pela Sra. Diretora do Departamento de Urgência Informamos o seguinte:*



*i De acordo com os registos do episódio de urgência na plataforma SClínico, a utente foi admitida no Serviço de Urgência de HNSG-SUB de Tomar, no dia 12-08-2015 pelas 8h01m.*

*ii "O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, não efetua diagnósticos. É um sistema que visa a atribuição de prioridades para observação médica de acordo com as queixas apresentadas pelos utentes. Neste caso, foi ativado o Fluxograma "Comportamento estranho", Discr1mmador "Alteração do estado de consciência", tendo sido a prioridade "Muito urgente" - cor laranja. O médico que observou posteriormente a utente, registou a hipótese diagnóstica de AVC".*

*iii Não se tendo acesso aos registos de chamadas telefónicas ou ao seu conteúdo, esclarece-se que no, registo médico das 8h11m da plataforma SClínico, está registada a existência de um contacto telefónico entre o medico que observou a utente no SUB de Tomar e o médico especialista em Medicina Interna na UMC em Abrantes . "É nesta unidade que estão instalados os meios humanos (médicos especialistas em Medicina Interna) e técnicos (nomeadamente a TAC) para esclarecimento da hipótese diagnóstica colocada aquando da observação médica inicial".*

*iv. Tal como já referido após admissão na SUB de Tomar, na sequência da observação médica, a utente foi transferida pela SIV (COOU 752511) para a Unidade de Abrantes.*

*v De acordo com os registos do episódio de urgência na plataforma SClínico, a utente deu entrada na UMC pelas 9h51m,*

*vi Vide ponto 11.*

*vii Não havendo acesso aos registos de chamadas telefónicas ou ao seu conteúdo, não é possível o esclarecimento deste ponto.*

*viii No que respeita ao atraso no transporte de transferência da utente para o CHLN - Hospital Santa Maria, informamos de acordo com a Sra. Coordenadora Técnica da Gestão de Doentes da Unidade de Abrantes, o pedido de transporte foi devidamente enviado por fax (devido à falha existente no sistema informático) à Central de Transportes às 16h59m, com insistência às 19h50m, conforme documentos anexos. Questionado sobre o atraso, o Sr. Comandante dos Bombeiros Voluntários de Torres Novas, alega não ter sido rececionado o primeiro pedido de solicitação de transporte.*

*ix Ainda de acordo com informação da Sra. Diretora do Departamento de Urgência, esclarece-se que o relatório de urgência não acompanhou a utente na sua transferência para o Hospital de Santa Maria por lapso, tendo este constrangimento sido ultrapassado após contacto telefónico.*

*Relativamente ao ponto 9 - De acordo com o Protocolo PT.GRI.088.00 em documentos anexos.*

*No que respeita ao ponto 10 - De acordo com o Protocolo Via Verde AVC-PT.GRL.088 .00 em documentos anexos.*

*No que respeita ao ponto 11 - Conforme descrito no protocolo referido no número anterior, e de acordo com os esclarecimentos prestados pela Sra. Diretora do Departamento de Urgência “a Via Verde de AVC consiste numa estratégia para melhorar a abordagem e encaminhamento de doentes em fase aguda desta patologia. É ativada em doentes com menos de 80 anos e sintomas há menos de 4h30m, de modo garantir a realização de terapêutica trombolítica em janela terapêutica, em doentes sem contra-indicações para este tratamento. Em doentes com sintomas com duração entre 3h e 4h30m a terapêutica trombolítica é realizada apenas em doentes com menos de 60 anos. Neste caso, a utente linha 87 anos de idade, estava medicada com hipocoagulantes e não havia possibilidade de datar o tempo de evolução dos sintomas, garantindo menos de 3 horas desde o seu Início. Assim não tinha critérios para ativação de Via Verde de AVC”.*

*No que respeita ao ponto 12 - i) e fi) - Ainda de acordo com a Sra. Diretora do Departamento de Urgência, “... na realidade a utente realizou o exame pelas 12h45m. Não tendo critérios para tratamento trombolítico, a realização da TAC não seria emergente. A abordagem clínica de um doente com AVC ultrapassa a realização de exames complementares de diagnóstico, tendo sido considerada o benefício de avaliação por médico especialista em Medicina Interna, disponível no CHMT.*

*iii. De acordo com o Sr. Diretor Clínico da S24 Group, não foi detetada qualquer anomalia no funcionamento do Serviço de TAC da Unidade de Abrantes na data indicada, pelo que não se verificou atraso significativo na realização de exames.*

*iv. De acordo com a Responsável pelos Serviços Informáticos, a falha do Sistema Informático do dia 12.08.2015, deveu-se a uma avaria num dos servidores do SClínico, pelo que foi necessário proceder à sua substituição e reposição de*

*dados. Contudo, nestas circunstâncias existem procedimentos alternativos que possibilitam a consulta de exames.*

*[...]*”.

33. Também em 16 de fevereiro de 2016, e por se considerar relevante para a boa instrução dos autos, foi enviado ao INEM um ofício com o seguinte conteúdo:

*“[...]*

*1. Relativamente ao episódio de urgência do dia 30 de julho de 2015, indicação se foi acionado o INEM para coordenação do transporte inter-hospitalar verificado entre o Hospital Nossa Senhora da Graça-Tomar (HNSG) e o Hospital Doutor Manoel Constâncio-Abrantes (HDMC), e, em caso afirmativo, indicação do concreto meio de socorro utilizado para realização da transferência da utente, bem como os motivos para a alegada demora na sua operacionalização.*

*2. Relativamente ao episódio de urgência do dia 12 de agosto de 2015:*

*i) Indicação dos concretos meios de socorro utilizados para realização da assistência no local do acidente (domicílio da utente) e subsequente transferência para o Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar (HNSG);*

*ii) Informação sobre o diagnóstico realizado à chegada ao local do acidente;*

*iii) Indicação da(s) hora(s) do(s) contacto(s) efetuados e das unidades hospitalares contactadas para efeito de operacionalização da referida transferência, bem como envio de toda a informação trocada nesse âmbito, acompanhada do respetivo suporte documental;*

*iv) Indicação sobre se a situação concreta foi enquadrada no âmbito dos procedimentos adstritos à Via Verde AVC, ou, em caso negativo, indicação das razões para que tal não tenha sucedido e que tipo de articulação/comunicação houve com o HNSG a esse respeito;*

*v) Esclareçam se o CHMT reportou ao INEM a existência de problemas informáticos, bem como a impossibilidade de realizar tomografia computadorizada na data em questão, quer na unidade de Abrantes quer na unidade de Tomar;*

*vi) Indicação dos concretos meios de socorro utilizados para realização da transferência inter-hospitalar da utente do Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar (HNSG) para o Hospital Doutor Manoel Constâncio – Abrantes (HDMC);*

vii) *Indicação do concreto meio de socorro utilizado para realização da transferência da utente do HDMC para o CHLC-HSM, bem como dos motivos para a alegada demora na sua operacionalização;*

viii) *Queiram, ainda, enviar quaisquer outros elementos ou esclarecimentos adicionais que V. Exas. considerem relevantes para o completo enquadramento da situação em análise.*

[...].

34. Por resposta datada de 10 de março de 2016, o CODU prestou a seguinte informação:

“[...]

1. *Relativamente ao episódio de urgência do dia 30 de julho de 2015 informa-se V.Exa. que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do INEM, não recebeu qualquer pedido de transporte secundário, designadamente para coordenação do transporte inter-hospitalar verificado entre o Hospital Nossa Senhora da Graça (HNSG), em Tomar, e o Hospital Doutor Manoel Constâncio (HDMC), em Abrantes.*

2. *Relativamente ao episódio de urgência do dia 12 de agosto de 2015:*

I. *Pelas 07h07m, foi recebida no CODU, uma chamada telefónica de emergência a solicitar auxílio para a utente identificada nos autos, conforme o disposto na cronologia da ocorrência do CODU, n. 1150752511, que se anexa (doc. 1). Perante os sinais e sintomas apresentados, na sequência da aplicação do fluxo de triagem "alteração do estado de consciência", foi acionada a ambulância de emergência médica (AEM), da Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de Ferreira do Zêzere, para realização de assistência no domicílio da utente e subsequente transferência para o HSNG;*

II. *Os bombeiros (técnicos de emergência) presentes no local não fazem diagnósticos. Esta tripulação da AEM contactou o CODU e transmitiu os seguintes parâmetros vitais, sinais, sintomas e dados farmacológicos: "Feminino de 85 anos, consciente, mas apenas responde a estímulos verbais e dolorosos, pupilas normais sem alteração, com uma ventilação de 20 ciclos, pulso 59 fino regular, com pressão arterial sistólica de 84 e diastólica de 61, temperatura normal, teste de glicémia 146, e saturação de 90% sem aporte de oxigénio, com aporte de oxigénio passou a 96%. Este quadro tem uma duração de cerca de 30 minutos. Neto da vítima referiu que acordou assim: pouco reativa, não se percebia o que*

*dizia. Aos tripulantes abre os olhos, mas sempre muito sonolenta. Medicação habitual da vítima: Omeprazol 20mg, Adalat 30mg, Spiriva, Hibernaria, Micardix, Lepicoriinolo e Varfine, de acordo com o que resulta da audição da chamada telefónica, bem como do teor da acima mencionada cronologia da ocorrência.*

*III. Nos mesmos termos descritos no primeiro episódio de urgência, neste episódio não foi recebido pelo CODU qualquer pedido de transporte secundário.*

*IV. Após análise dos dados acima descritos (doente anticoagulada com idade superior a 80 anos, que apresenta sinais ou sintomas sem janela temporal de início devidamente definida - critérios de exclusão da Via Verde do AVC), ponderando o tempo de chegada da AEM à unidade hospitalar (10 minutos da SUB Tomar e 40 minutos do HDMC conforme transmitido pela tripulação da AEM), a médica reguladora, do CODU, decide que a utente deve ser transportada para o HNSG.*

*V. Não existe qualquer registo no CODU, que o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, tenha reportado a existência de problemas informáticos, bem como a impossibilidade de realizar tomografia computadorizada na data em questão, quer na unidade de Abrantes quer na unidade de Tomar.*

*VI. Relativamente a este ponto, deverá ser feita a respetiva remissão para a resposta dada ao ponto III.*

*VII. Relativamente a este ponto, deverá ser feita a respetiva remissão para a resposta dada ao ponto III.*

*VIII. Conforme solicitado, para melhor esclarecer e apurar a verdade dos factos, - junto se envia cópia.de cronologia da ocorrência, do CODU, n.º 1150752511, relativa ao evento em apreço.*

*[...].*

35. Em 8 de junho de 2016, foi enviado e-mail ao CHMT solicitando:

*[...]*

*Cópias dos dois relatórios de episódio de urgência ocorridos com a utente Palmira Conceição Henriques no dia 12 de agosto de 2015, quer o relatório elaborado durante a permanência da utente no Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar, quer o relatório elaborado durante a permanência da utente no Hospital Doutor Manoel Constâncio – Abrantes.*

*[...].*

36. Documentação que o prestador remeteu em 15 de junho de 2016, também por e-mail (junta aos autos).
37. Em 15 de junho de 2016, um pedido de informação adicional foi enviado ao CHMT com as seguintes questões:

“[...]

*Relativamente ao episódio de urgência do dia 12 de agosto de 2015, informem:*

1. *Quais os motivos, clínicos e/ou outros, para a utente ter sido transportada do Hospital Doutor Manoel Constâncio-Abrantes (HDMC) para o Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Santa Maria (CHLC-HSM), designadamente, qual o serviço contactado e tipo de vaga solicitado;*
2. *Quais os motivos para a utente ter sido transportada do HDMC para o CHLC-HSM pelos bombeiros e não pelo INEM, tendo presente as competências e atribuições deste último e a situação clínica da utente no momento dos factos;*
3. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...]”.

38. Por resposta de 1 de julho, o prestador forneceu os seguintes esclarecimentos, assinados pela Diretora do Departamento de Urgência:

“[...]

*1 – A utente foi transportada para o Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de Santa Maria, a pedido da família, por ser o hospital da sua área de residência, para onde já estaria a ser tratada a mudança da utente. Tal como já foi esclarecido anteriormente, não tendo acessos a registos de chamadas telefónicas ou ao seu conteúdo, não me é possível esclarecer qual o Serviço contactado e o tipo de vaga solicitada.*

*2 – Sendo um transporte secundário, e de acordo com o Protocolo de Transferência e Referência (já previamente enviado), após a decisão de transferência foi preenchida a tabela de pontuação do Score de risco cujo resultado foi de 2 em 20 possíveis – baixo score, que não prevê acompanhamento específico. Este pedido de transporte foi enviado para a Central de Transporte, que faz a gestão de todos os pedidos e ativa os meios de transporte adequados para cada situação.*

[...]”.

39. Também em 15 de junho de 2016, e por se considerar relevante, foi igualmente enviado um ofício ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. – Hospital de Santa Maria (HSM) com as seguintes questões:

“[...]

*Relativamente ao episódio de urgência do dia 12 de agosto de 2015:*

1. *Se pronunciem sobre todo o teor da exposição remetida à ERS e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação da utente;*
2. *Quais os motivos, clínicos e/ou outros, para a utente ter sido transferida do Hospital Doutor Manoel Constâncio-Abrantes (HDMC) para o CHLC-HSM, concretamente qual o tipo cuidado/vaga solicitados;*
3. *Indicação, no caso concreto da utente PH, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente para o HSM, concretamente:*
  - i. *Data e hora da realização do contacto;*
  - ii. *Identificação do profissional responsável pela receção do contacto (no HSM) por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*
  - iii. *Tipo de vaga solicitada, por referência à especialidade e/ou serviço respetivo.*
4. *Envio de cópia do relatório de episódio de urgência da utente;*
5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...]”.

40. Por resposta rececionada em 8 de julho de 2016, o HSM respondeu o seguinte.

“[...]

- i) *A doente PH deu entrada no Serviço de Urgência Central no dia 12 de agosto de 2015, tendo sido posteriormente transferida para o Serviço de Medicina 2 C.*
- ii) *A observação no Serviço de Urgência Central foi da responsabilidade da Dra.AF, Interna de Formação Específica de Medicina Interna que integra o staff clínico do Serviço de Medicina 3.*
- iii) *Relativamente ao contacto para aceitação da transferência inter-hospitalar é da responsabilidade da chefe de equipa, que neste caso concreto foi a Dra. MD, Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna do Serviço de Medicina 3.*



iv) Anexamos igualmente cópia do relatório do Serviço de Urgência Central.

[...].

41. Ouvido o Perito Médico da ERS, este pronunciou-se no seguinte sentido:

“[...]

*A questão coloca-se na eventual relação causal entre os dois episódios e internamento, que me parece não existir e na sequência de acontecimentos ao longo do segundo episódio de internamento, desde a ativação do CODU e o falecimento da doente. Não parece haver qualquer questão relativamente à atuação da equipa do pré-hospitalar. A entrada no Serviço de Urgência Básico poderia eventualmente ter sido obviada se no contexto do transporte tivesse sido levantada a suspeita de AVC, o que poderia alterar a referenciação da doente para a Unidade de Urgência Médico-cirúrgica. De qualquer modo, mesmo nesta segunda hipótese, a doente não teria indicação para realizar trombólise pelo AVC, mesmo se tivesse feito a TAC em, tempo considerado útil, porque estava fora da faixa etária protocolada e tinha várias co-morbilidades que a contra-indicavam, a saber a fibrilação auricular que condicionava o uso prolongado de anti-coagulantes orais. A transferência da doente, mais rápida ou mais demorada (por não urgente e por pedido da família) não condicionou, aparentemente, o desfecho final. Não parece terem sido violadas as “legis artis” nesta situação.*

[...].

### III. DO DIREITO

#### III.1. Das atribuições e competências da ERS

42. De acordo com o n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta tem por missão “(...) a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.”

43. De acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem “(...) a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:

[...]

b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;



c) *À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes*”.

44. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus Estatutos, “(...) *todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*”.
45. O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT) é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 10593, detentora dos estabelecimentos Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar (registado sob o n.º 101175); Hospital Doutor Manoel Constâncio-Abrantes (registado sob o n.º 101176); e Hospitalar Rainha Santa Isabel – Torres Novas (registado sob o n.º 101177).
46. Acresce que constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, 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.
47. Pelo que, no que concerne à garantia dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “[...] *assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “*prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*”.
48. Pois se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo em que se constitui, pode surgir sob diferentes formas ou ter origem em diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes.
49. Sendo, por isso, também competência da ERS “[...] *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do*

*SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.*

50. Por outro lado, no domínio da garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.
51. Podendo a ERS assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação no âmbito das suas atribuições, e mediante a emissão de ordens e instruções, 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.
52. Tal como configuradas, as situações denunciadas poderão traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses dos utentes, nomeadamente, o direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado.

### **III.2 Do direito de acesso aos cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável**

53. 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 será 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.
54. Dito de outro modo, a CRP impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
55. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece

no n.º 4 da sua Base I que “os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”, consagrando-se nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que “é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”;

56. Bem como estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:

- “a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”;

57. No respeitante à vertente qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos;

58. O que significa que a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica e que sejam os reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.

59. Cumpre, por isso, analisar se o comportamento adotado pelos prestadores em causa nos presentes autos foi suficiente para garantir o cumprimento do dever prestação de cuidados necessários e atempados.

### **III.3 Das regras aplicáveis à Rede de Serviços de Urgência**

60. A Rede de Referência de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB).

61. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas e diferentes requisitos técnicos mínimos.

62. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto<sup>1</sup> e “determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e *avaliação*”.
63. Para o que ao presente processo importa, refira-se que, nos termos da alínea h) do ponto 6.2 do artigo 4.º do Despacho n.º 10319/2014, os SUMC devem dispor, como valência médica obrigatória e equipamento mínimo, de “*Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC)*”.
64. Ademais, refere o n.º 2 artigo 20º do mesmo diploma que “*Deve ser garantido o acesso fácil a meios complementares de diagnóstico*”;
65. Atente-se, por fim, no facto de os SU terem beneficiado de prazo até 30 de junho de 2015 para concluir a adaptação necessária ao disposto no citado Despacho (cfr. norma transitória, prevista no artigo 23º).

#### **III.4. Dos direitos e interesses legítimos dos utentes**

66. O utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
67. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.
68. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
69. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na sua alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem “*tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*”.

---

<sup>1</sup> O Despacho n.º 10319/2014 foi alterado pelo Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 228, de 20 de novembro de 2015.

70. 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).
71. Tendo o utente, bem assim, *"(...) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos"* (n.º 2).
72. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *"Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente"*.
73. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente<sup>2</sup>, segundo o qual deve ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo, em todas as fases do tratamento.
74. 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"*.
75. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, está 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.
76. 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 – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
77. Por outro lado, quando, na alínea c) da Base XIV da LBS, se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, tal imposição decorre diretamente do dever de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde atenderem e

---

<sup>2</sup> Vd. o ponto 7. da *"Carta Europeia dos Direitos dos Utentes"*.

tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.

78. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter redobrado cuidado em respeitar as pessoas particularmente frágeis em razão de doença ou deficiência.
79. 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 de os 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.
80. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente, segundo o qual deverá ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo em todas as fases do tratamento.
81. Paralelamente, cumpre ressaltar que, não obstante a Base XXIII da LBS classificar como complementar à atividade de prestação de cuidados de saúde o transporte de doentes,
82. Não pode nem deve tal transporte ser processado de forma autónoma e não correlacionada com a efetiva prestação de cuidados de saúde.
83. Com efeito, os procedimentos adstritos ao transporte de doentes não podem ser aptos a constranger, *ab initio*, o direito de acesso que a própria transferência visa acautelar com a procura de um nível de prestação de cuidados complementar ou até mesmo mais diferenciado.
84. O que necessariamente ocorrerá se não forem salvaguardados os padrões de qualidade, certeza e segurança exigíveis e que sejam aptos a garantir a dignidade e a prontidão exigidas à prestação de cuidados de saúde integrada de que o utente necessite.
85. Assim, no caso em apreço, as reclamações de que a ERS tomou conhecimento evidenciavam a ocorrência de elevados tempos de espera para operacionalização das transferências intra e inter-hospitalares de utentes, que, tendo sido admitidos no serviço de urgência necessitavam de ser transferidos para outras unidades

hospitalares para serem realizadas observações complementares ou para continuidade de tratamento.

86. Refira-se, ademais, que a relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência, devendo tais características revelarem-se em todos os aspetos e momentos dessa relação.
87. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge aqui com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural e estruturante da própria relação criada entre utente e prestador.
88. Trata-se de um princípio que deve modelar todo o quadro de relações atuais e potenciais entre utentes e prestadores de cuidados de saúde e, para tanto, a informação deve ser verdadeira, completa, transparente e, naturalmente inteligível pelo seu destinatário.
89. *A contrario*, a veiculação de uma qualquer informação errónea, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar por parte do prestador são por si suficientes para comprometer a exigida transparência da relação entre este e o seu utente, e, nesse sentido, passível de distorcer os legítimos interesses destes últimos.
90. Na verdade, o direito do utente à informação extravasa substancialmente o que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da LBS, e, bem assim no n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do respetivo estado clínico.
91. Pressupõe, também, entre outros, o dever de informação sobre possíveis atrasos, quebras ou impedimentos na continuidade da prestação do cuidado de saúde, *in casu*, o tempo de espera para o atendimento médico, transferência e transporte para outra unidade de saúde.
92. Esta comunicação deve ser realizada em tempo útil, para assegurar que o utente não é prejudicado no percurso para o restabelecimento do seu estado de saúde,
93. Garantindo-se, assim, o cabal respeito pelo direito do utente ser tratado humanamente, através dos meios adequados, com prontidão e correção técnica, tal como descrito na alínea c) do n.º 1 da Base XIV da LBS e no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.



## IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

### IV.1 Da reclamação de FI relativa à utente PH

94. Em primeiro lugar, importa destrinçar os dois momentos fundamentais no acompanhamento da utente;
95. O episódio de dia 30 de julho de 2015, no qual a utente, depois de dar entrada no SU do Hospital de Tomar (HT), foi transportada para o Hospital de Abrantes (HA) e, posteriormente, para o Hospital de Tomar novamente, onde ficou internada até dia 7 de agosto.
96. O episódio de 12 de agosto de 2015, no qual a utente, tendo dado entrada no SU do Hospital de Tomar (HT), foi posteriormente transferida para o Hospital de Abrantes (HA) e, seguidamente, para o Hospital Santa Maria (HSM).

Começemos por analisar o primeiro episódio.

97. Tendo a utente dada entrada no HT, mas não dispondo este de cirurgiões enquanto Serviço de Urgência Básica (SUB) que é, foi corretamente decidida a sua transferência para o HA, que é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC).
98. Tudo conforme transmitido pelo CHMT e devidamente sustentado legalmente pelos artigos 3.º e 4.º do Despacho n.º 10319/2014, que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU).
99. Todavia, tendo tal pedido de transferência sido solicitado pelas 23h12, constata-se que a ambulância apenas chegou ao local à 01h00 (e já depois de diversas insistências por parte dos familiares da utente), ou seja, quase 2 horas depois.
100. Assinale-se que, sendo estas as horas referidas pelo reclamante, as mesmas não foram rebatidas pelo prestador nas respostas que fez chegar à ERS.
101. A este respeito, esclareça-se que o transporte efetuado não foi, conforme resposta do INEM à ERS, da responsabilidade deste, mas única e exclusivamente da responsabilidade do CHMT.
102. Neste ponto, importa desde já assinalar que não se mostra razoável que, entre o pedido de transporte e a sua chegada, a utente se tenha visto obrigada a aguardar cerca de 2 horas.



103. Sobretudo tratando-se de uma utente de 87 anos e com dificuldades de saúde várias.
104. Período de tempo, pois, que denota quer a falta de diligência do serviço de transporte prestado,
105. Quer um deficiente grau de humanização dos cuidados prestados e de respeito pela dignidade da utente.
106. Após receber alta do HT em 7 de agosto de 2016, a família da utente terá procurado assegurar, junto dos serviços sociais do HT, a continuidade de acompanhamento médico da utente fora do hospital.
107. Neste ponto, as versões do exponente e do prestador divergem, não se conseguindo apurar, com certeza, o modo exato como os factos se terão processado.
108. Da resposta do prestador resulta que, apesar dos contactos iniciais, nunca terá chegado a existir a necessária formalização do pedido de apoio por parte da família, o que poderá ter origem em falhas de comunicações mútuas.
109. Com efeito, e ao contrário do indiciado pelo conteúdo da exposição do reclamante, a utente não precisava, segundo entendimento clínico dos médicos, de acompanhamento permanente, não tinha indicação para ficar acamada e não tinha também indicação para ficar internada num lar.
110. Antes podendo a utente ficar em sua casa, sem necessidade de estar acamada, e realizando apenas pensos simples duas vezes por semana no centro de saúde.
111. Razão pela qual, e conforme, mais uma vez, entendimento clínico dos médicos, não teria indicação clínica para a integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a qual obedece a rigorosos critérios clínicos.
112. Sem prejuízo, o CHMT acaba por não se pronunciar sobre o facto de à utente ter sido indicado o Centro de Terceira Idade da Igreja Nova quando o mesmo, segundo o exponente, se encontrava lotado aquando da ida da utente.

Vejamos, agora, o segundo episódio ocorrido com a utente, datado de 12 de agosto de 2015.

113. Depois do reclamante ter contactado o INEM, a ambulância de emergência médica (AEM) dos Bombeiros Voluntários de Ferreira do Zêzere acorreu ao local e transportou a utente para o HT, onde deu entrada no SU pelas 08h01.

114. A este respeito, o INEM informou que *“Pelos 07h07m, foi recebida no CODU, uma chamada telefónica de emergência a solicitar auxílio para a utente identificada nos autos, conforme o disposto na cronologia da ocorrência do CODU, n. 1150752511, que se anexa (doe. 1). Perante os sinais e sintomas apresentados, na sequência da aplicação do fluxo de triagem "alteração do estado de consciência", foi acionada a ambulância de emergência médica (AEM), da Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de Ferreira do Zêzere, para realização de assistência no domicílio da utente e subsequente transferência para o HSNG”*.
115. Neste ponto, atendendo à situação clínica da utente e ao primeiro episódio ocorrido, é possível questionar o porquê de, no momento em que a utente foi acorrida em casa pelos bombeiros, o CODU não ter decidido pelo transporte da mesma não para o HT, mas para o HA, enquanto SUMC que é e, portanto, dispondo de um SU mais diferenciado.
116. A este respeito, o CODU informou o seguinte:

*“[...]*

*Os bombeiros (técnicos de emergência) presentes no local não fazem diagnósticos. Esta tripulação da AEM contactou o CODU e transmitiu os seguintes parâmetros vitais, sinais, sintomas e dados farmacológicos: «Feminino de 85 anos, consciente, mas apenas responde a estímulos verbais e dolorosos, pupilas normais sem alteração, com uma ventilação de 20 ciclos, pulso 59 fino regular, com pressão arterial sistólica de 84 e diastólica de 61, temperatura normal, teste de glicémia 146, e saturação de 90% sem aporte de oxigénio, com aporte de oxigénio passou a 96%. Este quadro tem uma duração de cerca de 30 minutos. Neto da vítima referiu que acordou assim: pouco reativa, não se percebia o que dizia. Aos tripulantes abre os olhos, mas sempre muito sonolenta. Medicação habitual da vítima: Omeprazol 20mg, Adalat 30mg, Spiriva, Hibernaria, Micardix, Lepicoriinolo e Varfine.”, de acordo com o que resulta da audição da chamada telefónica, bem como do teor da acima mencionada cronologia da ocorrência.*

*[...]*

*Após análise dos dados acima descritos (doente anticoagulada com idade superior a 80 anos, que apresenta sinais ou sintomas sem janela temporal de início devidamente definida - critérios de exclusão da Via Verde do AVC), ponderando o tempo de chegada da AEM à unidade hospitalar (“10 minutos da SUB Tomar e 40 minutos do HDMC” conforme transmitido pela tripulação da AEM), a médica reguladora, do CODU, decide que a utente deve ser transportada para o HNSG.*

[...].

117. Ou seja, o CODU justifica a ida da utente primeiramente para o HT com o facto de se verificarem os critérios de exclusão da Via Verde AVC.
118. Sendo esta matéria – de avaliação da necessidade de integração do utente na Via Verde AVC – de foro essencialmente clínico e, não se tendo o Perito Médico da ERS manifestado em sentido contrário,
119. Considera-se que, nesta opção de transportar a utente para o HT, não resultam indícios do incumprimento de regras e procedimentos relativos ao acesso e qualidade dos cuidados de saúde prestados à utente.
120. Nesse momento, e conforme informou o prestador, “*O médico que observou [...] a utente, registou a hipótese diagnóstica de AVC*”.
121. O HT encontrava-se, como já referido, com uma falha no seu sistema informático, razão pela qual não era possível consultar o histórico da utente, o que só se logrou fazer graças à cópia de documentos com medicação e respetiva posologia de que o reclamante se fazia acompanhar.
122. Tal falha é confirmada pelo CHMT: “[...] *a falha do Sistema Informático do dia 12.08.2015, deveu-se a uma avaria num dos servidores do SClínico, pelo que foi necessário proceder à sua substituição e reposição de dados*”.
123. Ora, neste ponto, não é admissível que, por uma falha informática, não seja possível aos profissionais médicos do prestador consultar o histórico dos utentes, sobretudo quando o mesmo pode ser determinante – desde logo numa fase inicial – para que os referidos profissionais se inteirem o mais rapidamente possível da situação dos utentes e decidam quais as diligências a adotar.
124. Em situações como essa, o prestador deve ter procedimentos alternativos previstos – desde logo, a consulta física do processo –, de forma a que a qualidade dos cuidados de saúde prestados não possa ser posta em causa.
125. Sobre isto, o prestador limitou-se a dizer, e retomando o atrás citado, que “[...] *a falha do Sistema informático do dia 12.08.2015, deveu-se a uma avaria num dos servidores do SClínico, pelo que foi necessário proceder à sua substituição e reposição de dados. Contudo, nestas circunstâncias existem procedimentos alternativos que possibilitam a consulta de exames*”.
126. Todavia, ficam por esclarecer quais são, precisamente, esses “*procedimentos alternativos*” existentes, em que circunstâncias são acionados e que tipo de garantia

oferecem para a manutenção da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes.

127. Todavia, estando o HT sem sistema informático, constata-se que se verificaram falhas de comunicação entre o CODU e o CHMT que podiam ter evitado o transporte da utente para o HT e promovido que o mesmo fosse efetuado, de imediato, para o HA.

128. Nesse mesmo sentido, na troca de comunicações entre o CODU e o HT, este último deveria ter informado o primeiro dessa situação, o que, segundo informação prestada pelo INEM, não aconteceu:

*“Não existe qualquer registo no CODU, que o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, tenha reportado a existência de problemas informáticos [...]”.*

129. Relativamente à eventual ativação da Via Verde de AVC, o prestador informou que *“[...] a utente tinha 87 anos de idade, estava medicada com hipocoagulantes e não havia possibilidade de dar o tempo de evolução dos sintomas, garantindo menos de 3 horas desde o seu início. Assim não tinha critérios para ativação de Via Verde de AVC”.*

130. Nesta matéria, o Perito Médico da ERS pronunciou-se, por sua vez, no seguinte sentido:

*“[...] A entrada no Serviço de Urgência Básico poderia eventualmente sido obviada se no contexto do transporte tivesse sido levantada a suspeita de AVC, o que poderia alterar a referenciação da doente para a Unidade de Urgência Médico-cirúrgica. De qualquer modo, mesmo nesta segunda hipótese, a doente não teria indicação para realizar trombólise pelo AVC, mesmo se tivesse feito a TAC em tempo considerado útil, porque estava fora da faixa etária protocolada e tinha várias co-morbilidades que a contra-indicavam, a saber a fibrilação auricular que condicionava o uso prolongado de anti-coagulantes orais. [...]. Não parece terem sido violadas as “legis artis” nesta situação.*

*[...]”.*

131. Termos em que o Perito Médico da ERS concorda na existência de critérios de exclusão que motivaram o não acionamento, pelo prestador, da Via Verde AVC.

132. Prosseguindo, na resposta enviada pelo prestador à ERS, lê-se ainda que, *“Não se tendo acesso aos registos de chamadas telefónicas ou ao seu conteúdo, esclarece-se que no registo médico das 8h11m da plataforma SClínico, está registada a existência de um contacto telefónico entre o médico que observou a utente no SUB de Tomar e o médico especialista em Medicina Interna na UMC em Abrantes. «É nesta unidade*

[Abrantes] que estão instalados os meios humanos (médicos especialistas em Medicina Interna) e técnicos (nomeadamente, a TAC) para esclarecimento da hipótese diagnóstica [AVC] colocada aquando da observação médica inicial. [...] na sequência da observação médica, a utente foi transferida pela SIV (CODU 752511) para a Unidade de Abrantes”.

133. Foi, portanto, essencialmente pela necessidade de realização da TAC (só disponível nos SUMC, já não nos SUB)<sup>3</sup> que foi decidida a transferência da utente para o HA (SUMC), em cujo SU deu entrada pelas 09h51 (transporte não realizado pelo CODU, conforme o mesmo informou a ERS).

134. Acontece, porém, que, segundo o reclamante, também o HA se encontrava sem sistema informático, o que impossibilitava novamente a consulta do processo do utente (informação não rebatida pelo prestador).

135. Uma vez mais, fica evidenciada uma falha de comunicação entre o CODU e o CHMT, no sentido em que este último não informou o primeiro de qualquer falha informática e/ou elétrica, conforme informou o CODU:

*“Não existe qualquer registo no CODU, que o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, tenha reportado a existência de problemas informáticos, bem como a impossibilidade de realizar tomografia computadorizada na data em questão, quer na unidade de Abrantes, quer na unidade de Tomar [...]”.*

136. Retomando a questão da realização da TAC, o CHMT, na pessoa da Diretora do Departamento de Urgência, diverge neste ponto, adiantando que “[...] na realidade a utente realizou o exame [TAC] pelas 12h45m [comprovado por Relatório junto pelo prestador aos autos]. Não tendo critérios para tratamento trombolítico, a realização da TAC não seria emergente. A abordagem clínica de um doente com AVC ultrapassa a realização de exames complementares de diagnóstico, tendo sido considerada o benefício de avaliação por médico especialista em Medicina Interna [...]”.

137. Ainda assim, e mesmo tendo a utente realizado o exame às 12h45, considera-se como um período demasiado longo a espera a que a utente, que entrara no SU pelas 09h51, foi sujeita, sobretudo atendendo à sua situação clínica (hipótese diagnóstica de AVC) e idade avançada.

---

<sup>3</sup> A este propósito, tenha-se presente a recente Portaria n.º 6/2017 - Diário da República n.º 3/2017, Série II de 2017-01-04, que “autoriza o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E. P. E., a assumir um encargo até a montante de 1.983.691,32 EUR, isento de IVA, referente à aquisição de serviços de tomografia axia computadorizada (TAC)”.

138. Depois de realizar o exame, a utente ficou internada no HA, tendo, porém, ficado instalada numa maca estacionada nos corredores, por falta de vagas quer na área de Medicina Interna, quer no Serviço de Observação (SO), conforme informação transmitida pela reclamante e não rebatida pelo prestador.
139. Ora, se, à partida, a permanência de utentes em corredores já se mostra pouco consentânea com o bem estar, qualidade e humanização dos cuidados de saúde prestados,
140. Muito menos o é – sendo mesmo inadmissível – estando em causa, como estava *in casu*, uma utente idosa e em degradada situação clínica, nomeadamente, com um AVC já diagnosticado.
141. Posteriormente, viria a ser decidida a transferência da utente para o HSM, decisão a qual, segundo o CHMT, foi “[...] *a pedido de família, por ser o hospital da sua área de residência, para onde já estaria a ser tratada a mudança da utente*”,
142. Acontece, porém, que, tendo a utente realizado a TAC, segundo o prestador, pelas 12h45, o pedido de transporte apenas foi efetuado às 16h59,
143. Hiato que não se mostra razoável, sobretudo quando, como já referido, a utente se encontrava numa maca nos corredores do SU,
144. O que, novamente, se mostra particularmente censurável atendendo à idade e situação clínica da utente.
145. Acresce que, além de o pedido ter sido efetuado tardiamente, o transporte só chegou às 21h (o qual não foi da responsabilidade do CODU, conforme o mesmo informou).
146. Segundo o CHMT, “[...] *o pedido de transporte foi devidamente enviado por fax (devido à falha no sistema informático) à Central de Transportes às 16h59, com insistência às 19h50m (...). Questionado sobre o atraso, o Sr. Comandante dos Bombeiros Voluntários de Torres Novas, alega não ter sido rececionado o primeiro pedido de solicitação de transporte*”.
147. Como quer que seja, o certo é que o transporte só ocorreu ao local às 21h, quando a utente havia realizado a TAC às 16h59.
148. O que, somado às dificuldades de transporte já analisadas no primeiro episódio ocorrido com a utente, evidencia uma deficiente e persistente falha no próprio acionamento (pedido) e celeridade do transporte de utentes em situações como as descritas.

149. A utente acabaria por chegar às 22h30 ao HSM (dia 12 de agosto de 2015), embora desacompanhada do Relatório de urgência do HA, conforme expôs o reclamante.
150. Algo que foi reconhecido pelo CHMT e confirmado pelo teor do Relatório de Urgência do HSM, onde se lê: “[...] *Realizou vários exames no H. Abrantes – não disponho de relatório: o hospital teve problemas de sistema, e carta que acompanhava a doente era de outro doente. Disponho de carta de enfermagem sem outras informações*”.
151. Conclui-se, portanto, que não só o Relatório de urgência do HA não seguiu com a utente, como aquele que seguiu era, erradamente, o de outro utente.
152. No HSM, a utente foi observada e triada com pulseira laranja (prioridade muito urgente) e, seguidamente, medicada.
153. Vindo, porém, a falecer sensivelmente por volta das 20h20 de dia 13 de agosto de 2015 (informação avançada pelo reclamante e não rebatida nem pelo CHMT nem pelo HSM).

#### **IV.3 Das reclamações subscritas por MA, AL, MCA e RM**

154. Das reclamações subscritas por MA (relativa à utente OM), por AL (relativa à utente MJ) e por MCA decorre, uma vez mais, a evidência de deficiências ao nível da transferência de utentes por parte do CHMT, quer entre unidades hospitalares nele integradas, quer entre estas e outros hospitais do SNS.
155. Com efeito, na situação da utente O. M., verifica-se que, tendo sido a reclamante informada, pelas 03h15, de que a mãe teria que ser transferida para o Hospital de S. José, às 9h30, tal transporte ainda não havia sido realizado.
156. Já na situação da utente M. J., a utente estaria a aguardar no HA desde as 22h00 por uma ambulância, sendo que, às 10h33 do dia seguinte, a mesma ainda não havia ocorrido ao local.
157. Na reclamação subscrita por MCA, lê-se que o pedido de transporte, do HT para o HA foi feito pelas 15h30, mas que, pelas 17h45, o mesmo ainda não havia sido efetivado.
158. Acresce que, neste último caso, se tratava de uma utente com 93 anos de idade, com diagnóstico de pneumonia e, por isso, carente de uma vigilância adicional no que respeita aos cuidados de saúde a receber.



159. Na reclamação subscrita por RM, constata-se que o pedido de transporte, do Hospital de Torres Vedras para o HA, foi feito pelas 22h00, mas que, pelas 00h20, o mesmo ainda não havia sido efetivado.
160. Mais se registre que, nas respostas a estas reclamações, o prestador reconhece, com exceção do último caso referido, estes atrasos.

#### IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

161. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* artigo 24.º dos Estatutos da ERS tendo sido notificados para se pronunciarem relativamente ao projeto de deliberação da ERS, no prazo de 10 dias úteis, o CHMT e o reclamante FI.
162. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, foi recebida a pronúncia do reclamante FI e do CHMT.
163. Na pronúncia do prestador recebida em 9 de fevereiro de 2017, era referido que iria “(...) *dar início ao cumprimento integral dessa decisão, nos termos por vós indicados. Mais se informa que no prazo de 30 dias úteis daremos conhecimento a essa ERS, dos procedimentos adotados no sentido do cumprimento da referida instrução*”.

##### IV.1 Da análise da pronúncia do reclamante FI

164. Em sede de audiência de interessados, veio o reclamante pronunciar-se, no que de relevante importa nesta sede, nos seguintes termos:

[...]

*É importante realçar que não existiu uma mera falha em alguns computadores. Tudo o que era sistema informático não estava a funcionar, incluído o TAC. Este aspeto é aparentemente negligenciado, mas factual. Não foi identificado o número de horas que estes sistemas estiveram sem funcionar. Foi meramente confirmado que estiveram em baixo. Importa por isso realçar que a chegada ao Hospital de Abrantes foi feita às 9:51 Horas, e que só às 12:45 que não é verdade. Reforçando ainda este facto, saliento que os pedidos de transporte não foram recebidos, nem por via informática, nem por fax. Julgo ser de extrema importância a averiguação destes factos que relato. Sei o que presenciei e sei qual a*

*importância que os meios informáticos nos dias de hoje representam para a medicina. Proponho por isso, que sejam apurados os tempos sem serviço e o motivo pelos quais os mesmos não foram comunicados ao CODU e aos restantes hospitais, evitando desta forma a receção de doentes para os quais não tinham capacidade de tratamento.*

*[...]*

*Nunca informaram a filha de quais as opções disponíveis e qual o melhor solução para a doente. Interessava era despachar. A saber:*

*1. A filha/família nunca foi informada da existência de uma Rede de Cuidados Continuados que podiam ser solicitados junto desse serviço. Caso fosse, tinha sido solicitado de imediato. Tal conhecimento, só foi facultado numa nova deslocação a estes serviços após a alta, tendo sido informado que o pedido de proposta só poderia ser feito através do Médico de Família, o que aliás acabou por ser feito (Anexo II).*

*2. Não informaram que o Centro de Terceira Idade da Igreja Nova não tinha condições de receber este tipo de doentes. Não informaram o próprio Centro de Terceira Idade das condições da doente. Não entendo a articulação originada por estes serviços, uma vez que na prática foi o mesmo que não fazer nada, pois não existia vaga e não ficaram garantidos os cuidados necessários. Não percebo que articulação foi esta. O que foi conseguido junto desta entidade, foi por especial favor aos familiares e já após a alta. Facto que pode ser confirmado pela Diretora da Instituição em causa, Dr. Tânia Santos.*

*3. Não relata tudo o que me foi dito verbalmente, pela assistente substituta. Que todos os pontos acima tinham que ser garantidos e eram possíveis, mas uma vez a alta dada já nada podia fazer. Não relata também que não devia ter sido dada alta nas circunstâncias da doente.*

*4. Na auditoria não relata que foi sugerido que podíamos não ter ido buscar a doente, o que teria sido considerado como abandono e como tal já poderiam ter ativados outros meios (surreal).*

*[...]*

*Não consigo entender qual o critério para dependência, visto existir uma clara incoerência, como se pode evidenciar nas citações abaixo.*

*Email: 4 Março 2016 De: Cidália Quintão*

*Cito:*

*4 - “A Doente à data da alta não apresentava grau de dependência superior ao da admissão.”*

*5- “Os cuidados de seguimento que a doente necessitava post alta eram:*

*Cuidados de acompanhamento inerentes a idosa +pensos duas vezes por semana.”*

*Assunto: Resposta ao pedido de esclarecimentos – Processo de Avaliação nº OS.7039/2016*

*O.ERS/36/2015.5\_fn*

*Cito:*

*“Neste âmbito foi alertada para a situação de limitação funcional da idosa e consequente incapacidade de se auto cuidar no pós alta”.*

*[...]*

*Gostava que fosse solicitado o relatório médico referente ao episódio um de 30 de julho, pois a ordem de internamento deverá referir claramente a razão da mesma, demonstrando assim a sua gravidade. Estamos a falar num extenso e volumoso hematoma (20 cm) que não chegou a ser suturado, e que por ordem médica expressa motivou o internamento. Talvez assim seja ainda mais evidente que as respostas dadas em nada se adequam ao quadro clínico que querem fazer passar.*

*[...]”.*

165. As declarações prestadas na pronúncia do reclamante foram consideradas e ponderadas pela ERS.

166. Verificando-se, em síntese, que o mesmo não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação, centrando-se a quase totalidade da sua pronúncia no rebate a alguns aspetos concretos das informações prestadas pelo CHMT.

167. Relativamente à alta médica dada à utente na sequência do segundo episódio de 12 de agosto de 2015, o reclamante sublinha uma certa incongruência na argumentação do prestador relativamente ao estado de maior ou menor autonomia/dependência da utente, citando, para esse efeito, o próprio prestador:

*“Neste âmbito foi alertada para a situação de limitação funcional da idosa e consequente incapacidade de se auto cuidar no pós alta, tendo solicitado orientação telefónica, alegando não poder levar a utente para Lisboa (...)*

*(...)*

*(...) Os cuidados de seguimento que a doente necessitava post alta eram: cuidados de acompanhamento inerentes a idosa + pensos não complicados duas vezes por semana. Em rigor a doente poderia ter alta para domicílio com realização de pensos*

*duas vezes por semana ao cuidado do Centro de Saúde respectivo. Informo ainda que ao contrário do exposto nas várias reclamações não havia qualquer indicação clínica para que a doente estivesse acamada. Apenas havia indicação para elevação do membro inferior afectado, quando em repouso no leito. Se a doente não se mobilizava tal facto teve a ver com a idade e a patologia associada. Reforço que após alta de Cirurgia os cuidados que a doente necessitava eram iguais aos prévios ao internamento, com excepção da necessidade já referida de realização de penso duas vezes por semana no centro de saúde.*

*(...)*”.

168. A este respeito, e conforme também já constava do projeto de deliberação notificado em sede de audiência de interessados, “(...) *as versões do exponente e do prestador divergem, não se conseguindo apurar, com certeza, o modo exato como os factos se terão processado*”, i.e., o modo como foi tratada, entre o prestador e os responsáveis pela utente (nomeadamente, o reclamante), a questão da continuidade de acompanhamento médico da utente fora do hospital.
169. Parecendo, de facto, existir uma incoerência nas alegações do prestador, o relevante daqui a extrair é, não obstante, o reforço da necessidade de emissão, em particular, da alínea vii) do projeto de deliberação.
170. Quanto ao ponto em que o reclamante refere que “*Gostava que fosse solicitado o relatório médico referente ao episódio um de 30 de julho, pois a ordem de internamento deverá referir claramente a razão da mesma, demonstrando assim a sua gravidade. Estamos a falar num extenso e volumoso hematoma (20 cm) que não chegou a ser suturado, e que por ordem médica expressa motivou o internamento*”,
171. Foi, precisamente, o quadro clínico da utente que motivou a sua transferência do HT, um SUB, para o HA, um SUMC, ou seja, um serviço de urgência mais qualificado e, no caso concreto, dotado dos meios humanos cirúrgicos necessários à situação da utente.
172. Mais se recordando que o que está em causa neste primeiro episódio, conforme análise *supra*, é a demora na chegada do transporte e o tratamento da questão da continuidade de acompanhamento médico da utente fora do hospital.
173. Assim, não só a pronúncia do reclamante não contraria a necessidade de emissão da instrução da ERS, como a confirma e reforça.

## V. DECISÃO

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

- (i) Assegurar que o transporte de utentes, seja entre as unidades hospitalares do CHMT, seja entre estas e outros hospitais do SNS ou do setor privado e social, é feito célere e eficientemente, quer no que respeita ao acionamento do pedido de transporte, quer ao transporte propriamente dito, de forma a evitar demoras excessivas e potencialmente prejudiciais para a situação clínica e bem-estar dos utentes;
- (ii) Garantir que, nesse mesmo transporte, toda a documentação clínica afeta aos utentes acompanha o transporte e está atualizada;
- (iii) Comunicar ao CODU sempre que se verifiquem constrangimentos (v.g., problemas informáticos, elétricos ou análogos) que restrinjam a capacidade instalada necessária para garantir o perfil assistencial atribuído a cada um dos serviços de urgência que integram o CHMT, para que aquele, no âmbito das suas atribuições, possa determinar a orientação do transporte primário ou secundário mais adequada, conforme os recursos existentes;
- (iv) Assegurar a existência de procedimentos alternativos eficientes que, na presença de falhas informáticas, elétricas ou análogas, permitam aos profissionais médicos consultar o processo clínico dos utentes e realizar todos os MCDT necessários;
- (v) Garantir que são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes no âmbito da prestação de cuidados de saúde, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (vi) Garantir que os cuidados de saúde descritos nos termos da alínea anterior são prestados, em especial, a utentes com características que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas (nomeadamente, pelo tipo de patologia, idade ou especial vulnerabilidade), não os sujeitando a períodos de espera

excessivamente longos para realização de tratamentos nem os internando em macas estacionadas nos corredores;

(vii) Adequar os procedimentos dos Serviços Sociais no sentido de melhorar a comunicação com os utentes e a informação a transmitir aos mesmos sobre as formalidades a prosseguir, bem como garantir que o encaminhamento dos utentes seja feito para unidades prestadoras de cuidados de saúde dotadas dos tratamentos adequados e com lotação disponível;

(viii) 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.

175. 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 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 14º, 16º, 17º, 19º, 20º, 22º e 23º”.

176. A presente deliberação deverá ser remetida para conhecimento da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P..

Porto, 8 de março de 2017.

O Conselho de Administração.