

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/033/2016;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), tomou conhecimento de uma exposição subscrita por APV, sobre o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E (CHUC), relativa à utente LV, sua mãe, a qual versa sobre a alegada inexistência de material necessário para a realização de cirurgia endovascular de urgência para resolução de aneurisma da aorta abdominal.

2. A queixa subscrita por APV foi inicialmente tratada na ERS no âmbito do processo de reclamação registado sob o n.º REC/6806/2016.
3. Subsequentemente, considerando a necessidade de carrear para os autos outros elementos de análise, foi aberto o processo de avaliação registado sob o n.º AV/027/2016, no âmbito do qual se considerou necessário aferir se o CHUC tinha implementado os procedimentos necessários ao acesso e à prestação tempestiva de cuidados de saúde de qualidade, no que respeita, à intervenção de urgência nos casos de rutura de um aneurisma da aorta abdominal.
4. Pelo que, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou por despacho de 14 de junho de 2016, proceder à abertura do presente processo de inquérito registado sob o n.º ERS/033/2016.

I.2 Diligências

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

(i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, verificando-se que o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E, com o NICPC 510103448, é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, registada sob o n.º 21486, detentor de um estabelecimento com a designação Hospital Universitário de Coimbra, registado sob o n.º E-127376, sito na Praceta Prof. Mota Pinto, 3000 – 075 Coimbra.

(ii) Pedido de elementos ao CHUC em 25 de fevereiro de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 5 de maio de 2016;

(iii) Pedido de parecer clínico a consultor médico da ERS em 25 de maio de 2016;

(iv) Notificação de abertura de processo de inquérito à exponente em 27 de julho de 2016;

(v) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos ao CHUC em 27 de julho de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 19 de agosto de 2016;

(vi) Pedido de elementos adicional ao CHUC em 2 de fevereiro de 2017 e análise da respetiva resposta rececionada em 24 de fevereiro de 2017.

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação e da resposta do prestador em sede de processo de reclamação

6. Em suma refere a exponente, na sua reclamação, o seguinte:

“[...]”

Foi-me dito no SO do Hospital da Figueira que a transferência de minha mãe para os Hospitais da Universidade de Coimbra era absolutamente indispensável e que estaria uma equipa médica aguardando a sua chegada para ser de imediato intervencionada.

Cerca de uma hora mais tarde, recebi então em minha casa um telefonema de uma médica já do vosso Hospital, que me colocava o seguinte dilema, que eu própria teria que resolver:

-ou operavam a minha mãe de barriga aberta e a mesma tinha 80% de hipóteses de falecer, ou a intervenção seria externa (cirurgia endovascular), obviamente menos invasiva, mas... havia um problema: não existiam próteses para realizar esse acto cirúrgico, as mesmas teriam que ser pedidas ao Porto, pelo que essa intervenção só poderia ser realizada no dia seguinte às 9 da manhã, muito embora o aneurisma pudesse romper a qualquer momento.

Perante este quadro e como a informação recolhida junto da médica que me contactou era de que a minha mãe se encontrava estável, resolvemos "arriscar" aguardar mais 24h para salvar a sua vida.

Infelizmente para nós, sua família, 2 horas depois faleceu.[...]”.

7. Em resposta à reclamação, veio o prestador esclarecer o seguinte:

“[...] A doente referida, com 88 anos, foi pela primeira vez observada em consulta neste serviço em 07-08-2009, tendo-lhe sido diagnosticado aneurisma da aorta abdominal (AAA) assintomático, com 4,2 cm de diâmetro transversal máximo.

Foi elucidada sobre a ausência de indicação de correcção operatória atendendo às dimensões do AAA, devendo ser avaliada a sua progressão com novo exame dentro de alguns meses, reservando-se a indicação cirúrgica se o AAA se tornasse sintomático ou atingisse os 5,0 cm de diâmetro. Informada de que a cirurgia programada do AAA (fora do contexto de rotura) tem um risco que varia entre 5% e 40%, consoante as co-morbilidades, segundo a Tabela de Steyerberg (fragilidade

física, idade, doenças associadas), enquanto o risco da cirurgia na fase de rotura (dos doentes que chegam ao hospital com vida) é de 50% (valor médio, integrando qualquer idade, estado geral e comorbilidades).

Reobservada em 03-09-2009, a situação era semelhante, não havendo alteração das dimensões.

Revista em consulta em 05-04-2012, cerca de três anos depois, constatou-se ter sido entretanto operada em Ortopedia com prótese total da anca direita. Diabetes (hemoglobina glicosilada 6,9), hipertensão e dislipidémia (colesterol total 218). Doença arterial oclusiva periférica (DAOP), com oclusão femoral superficial bilateral. O seu AAA tinha então 5,3 por 4,0 cm de diâmetro.

Informada sobre a indicação de correcção urgente do AAA, atendendo às dimensões então atingidas e informada sobre os riscos inerentes, foram solicitados exames complementares (Provas Funcionais, Respiratórias e Ecocardiograma). Marcada consulta para observação do resultado daqueles exames.

Posteriormente, alguém da sua parte terá contactado este serviço, dado existir no Processo Clínico uma folha impressa de excell relativa ao seu historial de consultas com anotação manual do secretariado referindo: "Dr. Albuquerque: ver quais são os exames e pedir novamente os exames - a doente perdeu as requisições (já estão marcados)".

Esta anotação terá sido feita depois de 2013, dado que aquela folha excell do seu historial clínico já contém episódios clínicos de 2013.

Não constam mais quaisquer consultas neste serviço, nunca mais tendo comparecido ou sido solicitada consulta.

Finalmente, pelas 20:14h de 09-12-2015 dá entrada na urgência desta Instituição, enviada pelo Hospital da Figueira da Foz, com diagnóstico primário de "rotura contida" de AAA.

Com 88 anos, suspeita de AAA em rotura contida, hemodinamicamente estável, pulsos femorais presentes, sem outros pulsos nos membros inferiores (oclusão femoral superficial bilateral), pés quentes e com normal motilidade. Recorrera ao Hospital local por dor abdominal, vómitos e diarreia cerca de 24 horas antes. Relatório de TAC referia o AAA, agora com 8 cm de diâmetro, pondo a hipótese da sua rotura dada a densificação retroperitoneal e espessamento do cólon.

Informada a doente da necessidade de resolução do AAA e das duas modalidades técnicas teoricamente possíveis (cirurgia aberta ou endovascular) reafirmou repetidamente "barriga aberta não".

Contactada a família telefonicamente foi exposta a situação, informando que a cirurgia convencional teria, nas presentes circunstâncias "elevada mortalidade cirúrgica", sendo opção alternativa possível tratamento endovascular, dada a estabilidade apresentada. Refira-se que o quadro de dor abdominal, vômitos e diarreia se iniciara mais de 24 horas antes, durante as quais terá sido pesquisada outra etiologia para a sintomatologia apresentada, dada a estabilidade hemodinâmica.

Familiar contactado concordou com a opção, sendo informado nesse momento (21:21h) de que se previa a colocação de endoprótese para cerca das 08 00h.

Enquanto as próteses convencionais utilizadas por via aberta são fixadas com pontos de sutura cirúrgicos, entre a prótese e a aorta nativa, existindo três ou quatro calibres disponíveis e podendo ser talhadas manualmente durante o procedimento, as próteses utilizadas por via endovascular não são fixadas com pontos (introduzem-se por cateterismo) sendo a sua fixação na aorta por pressão entre o esqueleto metálico que as acompanha e a parede da aorta acima e abaixo do AAA. Assim as suas dimensões são um factor crítico para sua fixação tendo em conta milimetricamente os calibres da aorta acima e abaixo do AAA, das ilíacas primitivas, o comprimento do colo as angulações quer do colo aórtico quer das ilíacas, o comprimento do corpo aórtico e de cada ramo, o envolvimento de ramos da aorta, a existência e localização de calcificações ou de coágulos, etc. Estas precisões são determinantes para a estabilidade das próteses endovasculares, dado não serem fixadas com pontos, pelo que a variabilidade dos tamanhos e restantes características é imensa, tornando o seu preço entre dez a trinta vezes superior às próteses convencionais e não sendo possível cada hospital ter em stock tal diversidade.

Recorre-se às empresas produtoras que têm stocks em Lisboa e Porto e que colocam aqui as próteses, encomendadas via telefónica, 24 horas por dia, em todos os dias do ano, em poucas horas, permitindo o procedimento em espaço curto (desde que a morfologia da aorta não seja muito particular, caso em que a solução é a prótese fabricada por medida - "custom-made" - sendo então entregue em cerca de quinze dias)

No caso presente, imediatamente após o telefonema das 21:21h, obtida a concordância de familiar para esta opção, foi contactado o fornecedor ficando a

aguardar-se a chegada da endoprótese, mantendo-se a doente estável sob o ponto de vista hemodinâmico. A doente foi informada desta decisão, voltando a afirmar recusar cirurgia "de barriga aberta".

Aguardando o tratamento endovascular que se seguiria, após preparação pré-operatória, foi conduzida para o Serviço de Cirurgia Vascular às 21:23h.

Pelas 23:04h veio a falecer. A estabilidade hemodinâmica que manteve desde cerca de 24 horas, desde a sua entrada no hospital da zona (e que conjuntamente com clinica então apresentada não apontava claramente para rotura do AAA conhecido), veio a perder-se de modo relativamente súbito, pouco tempo após aquela confirmação diagnóstica.

Retrospectivamente, a análise deste infeliz desfecho vem a confirmar que a opção indicada perante um AAA em doente de 85 anos seria o tratamento endovascular programado, fora do quadro de rotura, tal como fora proposto em 2012, sabendo-se que, mesmo com essa opção, haveria uma mortalidade não desprezível. A cirurgia directa estaria já ai desaconselhada. Contudo tal proposta foi recusada pela doente que não voltou a comparecer à consulta de avaliação cirúrgica pré-operatória.[...]

II.2. Dos pedidos de informação ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

8. Considerando a necessidade de obtenção de informação adicional para a análise mais aprofundada da situação, foi solicitado, em 25 de fevereiro de 2016, ao CHUC que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]

- 1. Pronunciem-se, querendo, sobre todo o teor da exposição remetida à ERS;*
- 2. Remetam cópia do contrato de fornecimento das próteses utilizadas por via endovascular, com indicação dos termos em que é realizada a encomenda, meios de entrega e tempo estimado para a entrega do material;*
- 3. Remetam cópia do comprovativo da realização da encomenda das próteses necessárias para a cirurgia a realizar pela utente, com indicação da hora do pedido e da hora de entrega das mesmas;*
- 4. Informem a(s) razão(ões) pela qual a cirurgia, considerada urgente, seria apenas realizada pelas 8h00, cerca de 11 horas depois de ter sido acordado com os familiares da utente a cirurgia a realizar;*

5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*”.

9. Por ofício de 5 de maio de 2016, o CHUC veio aos autos informar que:

“[...] 1 - Não se deverá deixar de ter em conta que a doente foi seguida neste Serviço desde 07-08-2009.

Explicado à doente nessa data o diagnóstico, os riscos inerentes, a diferença do prognóstico perante cirurgia programada ou terapêutica de urgência no âmbito da rotura. Reobservada posteriormente para acompanhamento da evolução clínica da sua situação, foi posta finalmente perante a necessidade operatória endovascular, fora do contexto de rotura, em 05-04-2012, três anos após o início do acompanhamento em consulta. Solicitados os necessários exames para avaliação pré-operatória e marcada nova consulta para a sua observação em 30-05-2012, a doente não compareceu, abandonando o nosso seguimento e recusando assim a orientação proposta, não obstante a informação anteriormente prestada.

É neste contexto curiosa a exposição agora apresentada e a procura de outros responsáveis pelo desfecho infeliz.

2 - Sendo os procedimentos de montagem de próteses aórticas torácicas e abdominais por via endovascular efectuados no Bloco Operatório com a colaboração dos Serviços de Cirurgia Vascular e de Imagiologia, a distribuição das tarefas inerentes atribui à Imagiologia, até agora, a responsabilidade pelos contratos de fornecimento das endopróteses utilizadas neste domínio. Assim, informações detalhadas sobre pormenores relacionados com este fornecimento (cópias de contrato, termos da encomenda, meio de entrega) deverão ser solicitadas ao Serviço de imagiologia, dado não estarem no nosso poder. Já no que ao tempo estimado para a entrega de material diz respeito a resposta anterior por nós elaborada à exposição entregue consagra a realidade que nos acompanha desde o ano 2000, data em que iniciámos estes procedimentos (tendo curiosamente sido os seus precursores em Portugal), sempre tendo conseguido compatibilizar as necessidades dos utentes com a boa gestão dos recursos públicos como é nossa obrigação, dados os elevados custos do material em apreço, seguindo aliás os procedimentos utilizados na maioria das instituições internacionais.

3 - Informação terá de ser solicitada ao Serviço de Imagiologia, pelas razões apontadas anteriormente.

4 - A decisão de aplicar uma endoprótese ocorreu pelas 21:30, (dado a cirurgia directa aberta ter risco proibitivo, tanto em cirurgia programada como ainda, mais no

contexto de rotura, como fora explicado em devido tempo à doente e familiares, em 2009). Acresce que a doente reafirmava agora a sua recusa em terapêutica de "barriga aberta". Contudo, estando a doente já em observação hospitalar há 24 horas, com cólicas, diarreia, vómitos e imagem de espessamento cólico, estabilidade hemodinâmica, sem necessidade de suporte adrenérgico, a hipótese diagnóstica não excluía tratar-se de crise de diverticulite, coexistente embora com o processo aneurismático antigo. Solicitada telefonicamente a endoprótese, a marcação do procedimento para as 08:00 foi decisão adaptada à circunstância, visando reunir todas as condições logísticas, por um lado, não aumentar a ansiedade caso algum atraso pudesse ocorrer e ainda dada a convicção de que a clínica se relacionava com o processo inflamatório cólico, noção que se não poderá nunca, ainda agora, excluir. A rotura aneurismática livre teria ocorrido pelas 23:00, favorecida por aquele processo inflamatório. Assinale-se que a nossa indicação cirúrgica fora posta cerca de três anos antes, dadas as dimensões do aneurisma condicionarem já então o risco de rotura em qualquer momento. Foi a este risco que a doente, por sua opção, se expôs durante cerca de três anos.

5. Não se deverá ainda esquecer que a colocação de uma endoprótese aórtica em quadro de rotura, em indivíduo de 86 anos de idade, não assegura um sucesso idêntico ao mesmo procedimento executado de forma programada. Tal informação foi detalhadamente prestada em devido tempo, sendo a opção por outra alternativa perfeitamente normal, no âmbito dos direitos de cada indivíduo. O usufruto das condições que o SNS coloca à disposição dos seus beneficiários atribui-lhas, paralelamente aos seus direitos, responsabilidades inerentes à sua liberdade de escolha. E a liberdade tem um preço. [...]"

10. O prestador vem ainda juntar informação subscrita pelo Responsável do Serviço de Aprovisionamento - Sector de Compras, nos seguintes termos:

"[...]"

• Pontos 2 e 3 do documento da ERS.

Não há concurso para esta tipologia de bens.

A diversidade de referências existentes conjugadas com os respectivos prazos de validade e a circunstância de não ser possível, antes da apreciação do caso clínico em concreto, determinar quais as referências efectivamente necessárias, levaram a que, há já largo tempo, proceda o CHUC conforme consta do ponto 2. da informação já prestada pelo Dr. [A.M].

Assim, também como medida de boa gestão (apenas se adquirem/regularizam os bens efectivamente utilizados), logo que conhecido o material/referências que se supõe serem as necessárias para o caso clínico em concreto (é comum ser necessário solicitar ao fornecedor um mais alargado conjunto de referências para, durante a intervenção, aplicar apenas as referências efectivamente necessárias e adequadas), é o mesmo solicitado ao fornecedor, por regra pelo Serviço de Imagiologia, sendo que, uma vez aplicado, são regularizados por este Sector e Aquisições os artigos/referências efectivamente utilizados, procedendo-se para esse efeito à organização de Ajuste Directo e à emissão da respectiva encomenda.

Não existe contrato de fornecimento, não sendo também possível a este Sector de Aquisições esclarecer quanto ao prazo de entrega que ocorre, uma vez que, como decorre do atrás referido, a sua intervenção no processo e já posterior à solicitação e à entrega dos bens.

Conforme refere o Dr. [A.M.] no ponto 4. da sua informação, a solicitação da endoprótese ocorreu telefonicamente, não tendo este Sector de Aquisições sido chamado a proceder à posterior emissão de encomenda para regularização do material efectivamente utilizado, por supôr que, pelo desfecho da situação, a utilização não terá ocorrido.

Na sequência da fusão constituinte do CHUC e da conclusão do ficheiro de artigos CHUC, está este Sector de Aquisições a procurar começar a organizar procedimentos globais CHUC, sendo que, neste momento e no que à área da Imagiologia de Intervenção diz respeito, se estão preparar os procedimentos para a área de intervenção da Neurrorradiologia.

Logo que possível proceder-se-á também, em conjunto com os Serviços de Imagiologia e Cirurgia Vasculuar, à preparação dos respectivos concursos, sendo que não deixará de ser ponderada forma de execução que, dentro do quadro acima referido, procure sempre garantir a disponibilização atempada dos artigos/referências que se mostrem necessários. [...]"

11. Considerando que os elementos carreados para os autos não eram suficientes para a formulação de um juízo sobre a situação concreta, foi enviado, em 27 de julho de 2016, novo pedido de esclarecimentos ao prestador, nos seguintes termos:

"[...] Informem se já se encontram implementados os procedimentos necessários, designadamente, aqueles relativos aos contratos de fornecimento das próteses utilizadas por via endovascular, com indicação dos termos em que é realizada a encomenda, meios de entrega e tempo estimado para a entrega do material, bem

como cópia do comprovativo da realização da encomenda das próteses necessárias para a cirurgia a realizar pela utente, com indicação da hora do pedido e da hora de entrega das mesmas, que assegurem o acesso dos doentes aos cuidados de saúde de que necessitem e em tempo útil. [...]"

12. Em 19 de agosto de 2016, o prestador veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

[...] Procedeu-se já à solicitação dos elementos relevantes para efeitos da abertura do (s) procedimento(s) de aquisição para os dispositivos em questão.

Nas peças que servirão de base ao(s) referido(s) processo(s) de aquisição, designadamente no(s) Caderno(s) de Encargos, não deixaremos de considerar os aspectos também referidos por essa ERS, designadamente na sua forma de execução, apurar da viabilidade de consignação dos bens a concurso e da forma e prazos das reposições.

Por outro lado refere-se ainda a V. Exas., tal como, aliás, já havia sido referido na informação de 03.05 p.p. entretanto prestada, que no que à situação em concreto diz respeito (utente LV), não foi este Sector de Aquisições "chamado a proceder à posterior emissão de encomenda para regularização do material efectivamente utilizado, por supor que, pelo desfecho da situação, a utilização não terá ocorrido" [...].

13. Ainda, após nova solicitação em 2 de fevereiro de 2017 dos procedimentos necessários, designadamente, aqueles relativos aos contratos de fornecimento das próteses utilizadas por via endovascular, o prestador, em 24 de fevereiro de 2017, veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

"[...] Conforme referido n° BS n° 25 de 10/08/2016 (em anexo), àquela data haviam já sido solicitados os elementos relevantes para efeitos da abertura do(s) procedimento(s) de aquisição para os dispositivos em questão.

Em sucessivas reuniões têm vindo aqueles elementos a ser trabalhados por forma a que as peças do(s) procedimento(s) a abrir sejam ajustadas ao objeto do(s) procedimento(s) e, simultaneamente, garantam, na sua forma de execução, os aspectos referidos pela ERS, designadamente a viabilidade de consignações e forma e prazos das reposições.

Estão aquelas peças (Programa e Caderno de Encargos) em fase final de elaboração, sendo que, a recente alteração ocorrida na Direcção do Serviço de Cirurgia Vasculuar, determinou a sua apreciação pela nova Direcção do Serviço.

O trabalho conjunto está a ser feito e, espera-se, em curto prazo, poder o CHUC proceder à abertura dos procedimentos em causa de que dará conhecimento a essa ERS. [...]

II.3 Do parecer técnico do consultor médico da ERS

14. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos factos em presença, foi solicitado parecer ao consultor médico da ERS, cujas conclusões se reconduzem a:

“[...] A situação descrita tem início com a recusa da doente em ter sido submetida a correcção do aneurisma dum modo programado, sendo que a evolução destas situações pode ser para ruptura, como aliás terá sido explicado à doente. Por outro lado, mantinha-se a dúvida diagnóstica entre a ruptura do aneurisma e a possível existência ou co-existência de um quadro de diverticulite que também não pode ser completamente excluído, sendo que este poderia ter agravado a situação relativa ao aneurisma.

Finalmente, a situação descrita pelo CHUC, relativa ao modo como é realizada a aquisição das endo-próteses, não esclarece adequadamente quanto tempo a empresa fornecedora leva a entregar o material solicitado, sendo que 10 horas de viagem entre o Porto e Coimbra me parecem exageradas. Em face da apreciação clínica que antecede, cumpre apresentar as seguintes conclusões e recomendações:

Não me parece possível responsabilizar a equipa médica do CHUC, no contexto referido, pelo desfecho sofrido pela doente.

No entanto, restam algumas dúvidas relativamente à disponibilização do material endo-vascular por parte da empresa, convindo, na minha opinião, elucidar da existência, ou não, de alguma forma de acordo escrito entre a Instituição e a empresa fornecedora para superar este problema. [...]” – cfr. parecer do consultor médico da ERS, junto aos autos.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

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

cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;

16. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
17. Consequentemente, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, com o NICPC 510103448, registada no SRER da ERS sob o n.º 21486, detentor de um estabelecimento com a designação Hospital Universitário de Coimbra, registado sob o n.º E-127376, sito na Praceta Prof. Mota Pinto, 3000 – 075 Coimbra.
18. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos compreendem *“a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.*
19. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas b), c) e d) do artigo 10º dos seus Estatutos, *“assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”.*
20. No que toca ao objetivo regulatório, previsto na alínea c) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas.*
21. Já no que se refere ao objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS *“garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”.*
22. A ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das

providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

23. Considerando as referidas atribuições e competências, a ERS deverá assegurar a cautela dos direitos e interesses legítimos dos utentes, em especial o direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil e adequados à sua situação clínica, dessa forma procurando evitar situações como as verificadas nos presentes autos.

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

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

25. 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”*;

26. 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”;

27. Por outro lado, e em concretização de tal garantia de acesso ao SNS, é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde um conjunto vasto de direitos, onde se inclui o direito a que os cuidados de saúde sejam prestados em observância e 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.

28. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*.
29. 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).
30. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
31. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
32. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente¹, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
33. 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”*.
34. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do 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.
35. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito insito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a

¹ Vd. o ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Utesentes”.

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.

III.3. Do consentimento informado

36. O consentimento informado para a prestação de cuidados de saúde é um requisito ético e jurídico fundamental na relação estabelecida entre utentes, profissionais de saúde e entidades prestadoras de cuidados de saúde, e assume-se como uma manifestação de respeito pelo utente e pela realização dos valores da dignidade humana, da liberdade e da autodeterminação pessoal.
37. O consentimento informado assegura a proteção do utente contra a sujeição a tratamentos não desejados, e a participação ativa do mesmo na definição dos cuidados de saúde a que é sujeito.
38. Para um consentimento informado, livre e esclarecido, a comunicação plena e eficaz é fundamental e as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem instaurar mecanismos que a assegurem, não só entre o médico e o utente, como também entre os diversos profissionais.
39. A noção de consentimento informado fundamenta-se em vários princípios constitucionais, tais como a defesa e promoção da dignidade humana (*cf.* art. 1º da CRP), a inviolabilidade da integridade moral e físicas das pessoas (*cf.* art. 25º da CRP) e o reconhecimento dos direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à reserva da intimidade da vida privada e familiar, à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação e à liberdade (*cf.* art. 26º e 27º da CRP).
40. Esta dimensão de proteção conferida pela CRP transmite-se a todo o ordenamento jurídico, que adotou, como seu princípio estruturante, a proteção da personalidade – nos termos do art.º 70º, n.º 1 do Código Civil, “*A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral.*”.
41. Concretizando estes princípios e normas fundamentais, a LBS reconhece aos utentes o direito à informação sobre a sua situação clínica, sobre as alternativas possíveis de tratamento e sobre a evolução provável do seu estado, bem como, o direito de receber ou recusar a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta (*cf.*, alíneas b) e e) do n.º 1 da Base XIV).
42. Assim, nos termos do n.º 1 da referida Base XIV, os utentes têm direito a:

“a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;

b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;

c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;

[...]

e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;

[...]”

43. Por sua vez, a Convenção sobre os Direitos Humanos e da Biomedicina² afirma, como objetivo fundamental dos Estados Signatários, o de protegerem a dignidade e identidade de qualquer ser humano e garantirem, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais, face às aplicações da biologia e da medicina.

44. Desta forma, o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência (cfr. artigo 2º da Convenção).

45. Por isso, e no que respeita ao consentimento para a prestação de cuidados de saúde, o artigo 5º da Convenção afirma o seguinte:

“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.

Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.

A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”

46. Já a Lei n.º 15/2014, de 21 de março - que visou a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, concretizando a Base XIV da Lei de Bases da Saúde - sob a epígrafe “*consentimento ou recusa*”, afirma, no seu artigo 3º, que “*O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei*” (cfr. n.º 1) e que “*O utente*

² Aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, publicada no Diário da República, I Série-A, n.º 2/2001 de 3 de janeiro de 2001

dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento.” (cfr. n.º 2).

47. No que respeita ao “*direito à informação*”, nos termos do artigo 7º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março “*O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado*” (cfr. n.º 1), sendo certo que estes dados deverão ser transmitidos de forma acessível, objetiva, completa e inteligível (cfr. n.º 2).
48. Neste contexto, qualquer cuidado de saúde só poderá ser prestado depois de estarem cumpridos dois procedimentos prévios: prestação de informação ao utente e obtenção de seu consentimento.
49. Porém, a prestação de informação prévia não se resume a uma mera indicação genérica sobre a proposta de prestação de cuidados; o dever de informação prévia, enquanto requisito de validade e legalidade do ato, implica a transmissão ao utente de um conjunto amplo de informações que definam, com precisão, a intervenção que se pretende levar a cabo – como resulta do citado artigo 5º da Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina.
50. Assim, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 150º do Código Penal, “*As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leyes artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.”.*
51. Porém, atento o n.º 1 do artigo 156º do Código Penal – norma que define o crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários – “*As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.”.*
52. Para concretizar esta norma, o artigo 157º do Código Penal afirma que o consentimento só é eficaz quando o utente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento - ou seja, quando ao utente forem fornecidos todos os elementos necessários à tomada de uma decisão consciente, fundamentada e livre.

53. Neste contexto, a informação que deve ser prestada previamente ao utente, para que este possa tomar uma decisão sobre o tratamento ou intervenção proposta, deve abranger:
- a) Todos os dados sobre o seu estado de saúde e diagnóstico, em resultado da avaliação efetuada pelo profissional de saúde;
 - b) Descrição do exame e/ou intervenções terapêuticas ou medicamentosas, que o profissional de saúde considere indicadas, incluindo, dessa forma, a descrição dos meios que se pretendem utilizar para o efeito, das finalidades dos mesmos e do prognóstico/probabilidade de sucesso que se pretende alcançar, bem como, da existência de soluções alternativas;
 - c) Informação sobre os riscos e/ou efeitos secundários do exame e/ou intervenções terapêuticas ou medicamentosas;
 - d) Informação sobre o direito de recusar e de revogar o consentimento a qualquer momento, incluindo a informação sobre os riscos para a saúde, inerentes ao exercício destes direitos;
 - e) Informação sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários;
 - f) Informação sobre todas as questões administrativas e financeiras relevantes, nomeadamente, sobre regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS, sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras e sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa.
54. Para que esta informação possa ser devidamente recebida e interpretada pelo utente, o profissional de saúde deve adotar formas de comunicação e de linguagem que permitam o efetivo esclarecimento daquele.
55. A informação deve ser transmitida em linguagem acessível e compreensível pelo utente em concreto, independentemente das suas habilitações profissionais ou académicas, ou de quaisquer limitações linguísticas ou de natureza cognitiva.
56. A compreensão, tal como definida atrás, é um requisito fundamental para assegurar a liberdade na prestação do consentimento, pelo que, constitui sempre obrigação do profissional de saúde e do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, confirmar que o utente está devidamente esclarecido sobre a informação que lhe foi prestada.
57. Resulta das disposições acima referidas, que o ordenamento jurídico reconhece aos utentes o direito ao consentimento, mas também o direito de revogar, livremente e a

todo o tempo, o consentimento, bem como, o direito de recusar qualquer prestação de cuidados de saúde.

58. Quer a revogação, quer a recusa, devem ser informadas – ou seja, o utente deve ser informado e esclarecido sobre os riscos que a revogação ou recusa do consentimento pode implicar para a sua saúde.
59. Sendo o consentimento revogável a qualquer momento, também a recusa manifestada poderá ser alterada – ou seja, se um utente recusou um determinado plano terapêutico ou cirúrgico que lhe foi proposto, poderá mais tarde vir a conferir o seu consentimento para esse efeito, desde que a sua vontade seja informada e livremente manifestada.

III.4. Análise da situação concreta

60. Considerando a situação em análise, a presente deliberação, visa, por um lado, avaliar os constrangimentos verificados nos cuidados prestados à utente LV, dada a inexistência de material necessário para a realização de cirurgia endovascular de urgência para resolução de aneurisma da aorta abdominal;
61. Mas também avaliar se o CHUC tem implementados os procedimentos necessários para garantir aos utentes o acesso tempestivo à prestação de cuidados de saúde de qualidade, especialmente em concreto, a uma intervenção de urgência em caso de rutura de um aneurisma da aorta abdominal.
62. Por conseguinte, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os direitos e interesses legítimos dos utentes.
63. Ainda, a preocupação subjacente à presente análise alarga-se necessariamente à avaliação da existência de procedimentos dirigidos a corrigir e prevenir situações semelhantes à ocorrida.
64. Do que tem vindo a ser descrito, constata-se que a utente LV vinha a ser seguida no CHUC desde 2009, com diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal;
65. À utente foi prestada informação sobre o seu estado de saúde, e sobre as alternativas existentes para a resolução da sua patologia, tendo, no exercício da sua liberdade de decisão, a utente recusado a realização de cirurgia programada, em 2012.
66. A responsabilidade pelo exercício da liberdade de decisão, e do exercício dos direitos fundamentais ao consentimento (e ao dissentimento) informado, livre e esclarecido é do

utente devendo-lhe ser garantido que o faça num quadro de liberdade, autonomia, e completa informação e esclarecimento dos pressupostos necessários ao exercício de tais direitos.

67. Logo, não se pode deixar de repudiar a formulação pelo CHUC de que “*O usufruto das condições que o SNS coloca à disposição dos seus beneficiários atribui-lhes, paralelamente aos seus direitos, responsabilidades inerentes à sua liberdade de escolha. E a liberdade tem um preço*”, devendo o CHUC garantir a adoção de procedimentos que visem reforçar o integral respeito pelo exercício do direito ao consentimento informado, livre e esclarecido, e às decisões que daí decorrem, e abster-se de, por qualquer forma, formular juízos valorativos das opções exercidas e eventuais consequências às mesmas inerentes.
68. Além de que tanto em nada se relaciona com o facto de o CHUC não ter disponível, em tempo os materiais necessários à prestação dos cuidados de saúde que se impunham, já que o facto de a utente haver, em momento anterior, recusado a realização de intervenção cirúrgica de forma programada não diminui o dever do prestador de cuidados de saúde de apresentar os meios indispensáveis à prestação dos cuidados de saúde que *in concreto* sejam os necessários;
69. Recorde-se que em 9 de dezembro de 2015, deu entrada no Serviço de Urgência pelas 20h, encaminhada pelo Hospital da Figueira da Foz, “*com diagnóstico de “rotura contida” de AAA*”.
70. Nesse âmbito, foram expostas as duas alternativas cirúrgicas existentes, “*cirurgia aberta ou endovascular*”, tendo a utente, e seus familiares, optado pela realização de cirurgia endovascular.
71. A cirurgia seria realizada pelas 8h, de 10 de dezembro de 2015.
72. A utente foi encaminhada para preparação pré-operatória, às 21h23, do dia 9 de dezembro de 2015, tendo falecido pelas 23h.
73. De acordo com a informação prestada pelo CHUC, são disponibilizadas “*próteses por via endovascular através de empresas produtoras que têm stocks em Lisboa e Porto e que colocam aqui as próteses, encomendadas via telefónica, 24 horas por dia, em todos os dias do ano, em poucas horas, permitindo o procedimento em espaço curto. No caso presente, imediatamente após o telefonema das 21:21h, obtida a concordância de familiar para esta opção, foi contactado o fornecedor ficando a aguardar-se a chegada da endoprótese, mantendo-se a doente estável sob o ponto de vista hemodinâmico. [...]*”.

74. Solicitado ao prestador que viesse remeter cópia do contrato de fornecimento das próteses utilizadas por via endovascular, com indicação dos termos em que é realizada a encomenda, meios de entrega e tempo estimado para a entrega do material, bem como cópia do comprovativo da realização da encomenda das próteses necessárias para a cirurgia a realizar pela utente, com indicação da hora do pedido e da hora de entrega das mesmas, o mesmo esclareceu que “[...] *Não há concurso para esta tipologia de bens. [...] Não existe contrato de fornecimento, não sendo também possível a este Sector de Aquisições esclarecer quanto ao prazo de entrega que ocorre, uma vez que, como decorre do atrás referido, a sua intervenção no processo é já posterior à solicitação e à entrega dos bens.*” E que “[...] *a solicitação da endoprótese ocorreu telefonicamente, não tendo este Sector de Aquisições sido chamado a proceder à posterior emissão de encomenda para regularização do material efectivamente utilizado, por supor que, pelo desfecho da situação, a utilização não terá ocorrido. [...]*”
75. Ora, mesmo que no caso concreto, a decisão de esperar até às 8h do dia seguinte para realização da cirurgia tenha sido uma “[...] *decisão adaptada à circunstância, visando reunir todas as condições logísticas, por um lado, não aumentar a ansiedade caso algum atraso pudesse ocorrer e ainda dada a convicção de que a clínica se relacionava com o processo inflamatório cólico, noção que se não poderá nunca, ainda agora, excluir. [...]*”;
76. Sempre se dirá, que não se encontra totalmente esclarecido se o CHUC possui os procedimentos necessários à aquisição/disponibilização tempestiva das necessárias endopróteses, em eventuais situações futuras de utentes em situação de rutura de aneurisma da aorta abdominal.
77. Note-se que o CHUC foi instado a apresentar os procedimentos em causa, tendo informado que os mesmos têm vindo “[...] *a ser trabalhados por forma a que as peças do(s) procedimento(s) a abrir sejam ajustadas ao objeto do(s) procedimento(s) e, simultaneamente, garantam, na sua forma de execução, os aspectos referidos pela ERS, designadamente a viabilidade de consignações e forma e prazos das reposições. Estão aquelas peças (Programa e Caderno de Encargos) em fase final de elaboração, sendo que, a recente alteração ocorrida na Direcção do Serviço de Cirurgia Vascular, determinou a sua apreciação pela nova Direcção do Serviço. [...]*”
78. Ora, não se colocando em causa a sustentação pelo CHUC do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido para a conclusão e implementação dos sobreditos procedimentos, certo é também que os mesmos não foram juntos aos autos, inexistindo por isso

evidência de alteração do *status quo* verificado aquando da ocorrência dos factos em análise.

79. Uma vez mais se enfatizando que o direito à qualidade da prestação dos cuidados de saúde implica o cumprimento de procedimentos que acautelem qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

80. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a reclamante APV e o CHUC.

81. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou, por ofício datado de 10 de abril de 2017, a comunicação do CHUC que em suma refere o seguinte:

“[...] Tendo presente o projeto de deliberação no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/033/2016 dessa Entidade Reguladora da Saúde e para efeitos de pronúncia nos termos do Código do Procedimento Administrativo, informo que o Conselho de Administração deste Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., na sua reunião ordinária de 06.04.2017 e depois de apreciado o referido projeto de deliberação, nomeadamente quanto ao ponto IV. Decisão, deliberou o seguinte:

- Notificar o Diretor do Serviço de Cirurgia Vasculuar no que importa à alínea c)*
- Notificar o Diretor do Serviço de Aproveitamento para o que importa na alínea b)*

Mais deliberou informar, oportunamente, dentro do prazo estipulado, a ERS. [...]”

82. Por outro lado, até ao momento presente a ERS, não recebeu qualquer comunicação do reclamante.

83. Considerando o exposto, não resultaram quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, tão só a intenção demonstrada pelo CHUC de vir a informar a ERS no prazo estipulado das medidas concretas adotadas para cumprimento da instrução constante do projeto de deliberação notificado;

84. Razão pela qual o conteúdo do mesmo se deve manter na íntegra.

V. DECISÃO

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

a) Assegurar a existência de procedimentos aptos a garantir, de forma permanente, efetiva e em tempo útil, a prestação dos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, nomeadamente no que toca a cirurgia endovascular de urgência, por rutura de aneurisma da aorta abdominal;

b) Implementar procedimentos que assegurem que os contratos de fornecimento de bens ou serviços essenciais à prestação de cuidados de emergência, como *in casu* as próteses utilizadas por via endovascular, tenham a indicação dos termos em que é realizada a encomenda, meios de entrega e tempo estimado para entrega, bem como a indicação da hora do pedido e da hora de entrega, avaliando, em permanência, da adequação de tais procedimentos face às necessidades de atuação emergente;

c) 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.

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

Porto, 28 de abril de 2017.

O Conselho de Administração.