

**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/61/2016;

## **I. DO PROCESSO**

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

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da reclamação subscrita, em 9 de março de 2016, por (M.L.) relativa a dois episódios de urgência ocorridos com a sua mãe, a utente (G.C.) a qual viria a falecer no decurso de um episódio de urgência no Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO), entidade registada no SRER da ERS sob o n.º 10931.

2. A reclamação foi inicialmente tratada em sede de processo de reclamação registado sob o n.º REC/20336/2016, tendo posteriormente dado origem à abertura do processo de avaliação registado sob o número AV/103/2016, no qual foram realizadas diversas diligências instrutórias.
3. No entanto, face à necessidade de adoção de uma intervenção regulatória da ERS ao abrigo das suas atribuições e competências, e no sentido de o prestador dever adequar o seu comportamento à garantia do direito dos utentes – nomeadamente, de utentes em situações de especial vulnerabilidade, como é o caso de idosos em situação clínica débil – a receberem, com prontidão e num período de tempo considerado clinicamente aceitável, os cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem sempre ser prestados humanamente e com respeito pelo utente,
4. O Conselho de Administração deliberou, por despacho de 21 de setembro de 2016, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/61/2016.
5. Posteriormente, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação, subscrita (M.C.), datada de 1 de novembro de 2016, que refere, em suma, que o utente (F.C.), seu marido, recorreu ao serviço de urgência do Hospital Garcia de Orta (HGO), pelas 09:30, tendo sido triado com pulseira laranja e aguardado, alegadamente, cerca de 1h40 para primeira observação médica.
6. A reclamação deu origem ao processo de reclamação REC/62330/2016, tendo posteriormente dado origem à abertura do processo de avaliação registado sob o número AV/23/2017, no qual foram realizadas diversas diligências instrutórias.
7. Visto que a matéria em análise envolve o mesmo prestador e algumas questões substancialmente similares às tratadas nos presentes autos, o Conselho de Administração deliberou, em 28 de abril de 2017, proceder à apensação do processo de avaliação n.º AV/23/2017 ao presente processo de inquérito ERS/61/2016.

## **I.2. Da reclamação relativa à utente G.C. e da resposta do prestador**

8. Concretamente, é referido na reclamação, subscrita em 1 de fevereiro de 2016, o seguinte:

“[...]”

*No dia 21-02-2016 pelas 18:06 a minha mãe (...) entrou no serviço de urgência trazida pelo 112, pois tinha tido uma grande dor de cabeça seguida de vômitos constantes, perda de fala e de andar.*

*Estive na triagem onde relatei todos estes factos e disse inclusive que me parecia ser uma repetição do AVC que a m/ mãe tinha tido em Setembro de 2009. Foi-lhe colocada a pulseira cor de laranja.*

*Entretanto, estive sempre na sala de espera e como o barulho era muito ouvi com dificuldade o nome da m/ mãe. (...) fui lá dentro disseram-me que não tinham chamado ninguém. Voltei para a sala e pouco depois vieram buscar-me à sala de espera para falar com o médico, que me disse que a m/ mãe tinha tido uma indisposição e não um AVC e mandaram-me para casa.*

*Logo pela manhã ligaram-me a dizer que tinha tido alta e eu insisti com a médica de serviço que a m/ mãe não estava bem e que ela tinha tido um AVC e não uma indisposição. Disse-me que não podia fazer nada porque o médico lhe tinha dado alta. Chamei uma ambulância e levei-a para casa, mas ela esteve todo o dia e a noite completamente imóvel, sem falar e sem andar e tentei dar-lhe comida e pouca ficava pois voltava a vomitar.*

*Chamei novamente o 112 no dia 23-02-2016 e fui novamente à triagem informando tudo o que se tinha passado, colocaram-lhe a pulseira cor de laranja e quando fui chamada pelo médico contei todos os episódios e disse-lhe que o 1.º médico que a assistiu não tinha tido qualquer sensibilidade pois a m/ mãe quando entrou no hospital não falava e não andava e isso não acontecia antes pois ela andava bem de andarilho e falava embora com alguma dificuldade. Este médico foi muito humano e depois de me explicar algumas coisas disse-me que iria repetir a TAC para descartar qualquer problema. A TAC acusou AVC e a m/ mãe veio a falecer por insuficiência respiratória. Será que se tivesse sido assistida convenientemente na 1ª vez teria sobrevivido?*

*[...]*

9. Numa primeira resposta à utente, datada de 5 de abril de 2016, o prestador informou a mesma do seguinte:

*[...]*

*Depois de averiguações internas junto da Direção do Serviço de Urgência Geral, Dr. [...], foi apurado que a sua mãe, Sra. D. [G.C.] teve um AVC anterior e do qual resultaram déficits motores.*

*Na TAC realizada no dia 21/02/2016 não foram evidenciadas novas lesões, não foi referida insuficiência respiratória ou mesmo dificuldades respiratórias aquando a observação da doente, pelo que teve alta clínica. No dia 23/02/2016 também não foram descritas dificuldades respiratórias.*

*A 2ª TAC realizada revelou lesão não evidenciada no exame anterior, contudo, importa salientar que a doente tinha sérias comorbilidades, era já dependente para as suas atividades da vida diária, pelo que não estariam indicadas medidas avançadas de suporte de vida, que em somatório à situação no momento não fariam pressupor um prognóstico diferente a curto prazo.*

*[...].”*

### **I.3. Da reclamação relativa ao utente F.C. e da resposta do prestador**

10. Concretamente, é referido na reclamação o seguinte:

*[...]*

*Hoje dia 1.11.2016 acompanhei o meu marido que foi trazido pelo INEM inconsciente dando entrada nas urgências deste hospital às 9h39, tendo os técnicos do INEM reportado na triagem que suspeitavam que o meu marido tivesse sofrido um AVC. Na triagem foi dada pulseira laranja, mesmo estando o meu marido permanentemente inconsciente, e tendo todas as indicações de que se tratava de um AVC. Fiquei sempre a acompanhar o meu marido, tendo este ficado inconsciente à espera de ser atendido por um médico 1 hora e 40 minutos. A médica apenas veio ver o meu marido às 11h15 (tendo ele entrado às 9h39m). Às 11h15 a médica confirma as suspeitas de AVC e pede exames. Após o resultado do exame fui informada de que o meu marido tinha sofrido um AVC grave e que se encontrava com um prognóstico muito reservado, sendo que me foi informado pela médica, na eventualidade dele sobreviver, ficar com sequelas gravíssimas para sempre, ficando acamado. Quando confrontada a médica da 1 hora e 40 minutos que o meu marido esteve à espera para ser visto, a médica informou que esse tempo não faria qualquer diferença se tivesse sido atendido antes. Não sendo médica, penso que em caso de AVC cada minuto conta.*

*Quero saber de quem são as responsabilidades por todo o tempo de espera e se a situação poderia ter sido minimizada caso tivesse existido 1 assistência imediata.  
[...].”*

11. Numa primeira resposta à reclamação *supra* identificada, veio o HGO prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

*Depois das averiguações internas junto da Direção do Serviço de Urgência Geral, Dr. [...], gostaríamos de informar que o acesso ao Serviço de Urgência é condicionado por uma triagem médica ou de enfermagem que estabelece as prioridades por níveis de gravidade. No caso concreto do seu esposo [...] constatou-se que, aquando da avaliação na triagem, não apresentava critérios para diagnóstico de AVC ou encaminhamento para Via Verde AVC.*

*Importa referir que o doente se encontrava com dificuldades respiratórias há 3 semanas e, desconhecendo-se a hora do início dos sintomas, só a posteriori se verificaram alterações significativas no que concerne à sintomatologia e manifestações clínicas. [...]”.*

#### **I.4 Diligências**

12. 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 Hospital Garcia de Orta, E.P.E., entidade registada no SRER da ERS sob o n.º 10931 e detentora do estabelecimento “Hospital Garcia de Orta EPE”, sito na Avenida Torrado da Silva, 2801-951 Almada
- (ii) Pedidos de elementos ao prestador em 5 de julho, 3 de outubro de 2016 e em 20 de março de 2017, e análise das respetivas respostas rececionadas a 22 de julho, 30 de outubro de 2016 e de 28 de março de 2017, respetivamente.

## **II. DOS FACTOS**

### **II.1 Do pedido de elementos ao prestador relativo ao episódio de urgência da utente G.C.**

13. Para completo esclarecimento dos factos ocorridos, foi solicitado ao prestador, em 5 de julho de 2016, que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]

1. *Se pronunciem detalhadamente sobre todo o teor da reclamação remetida à ERS e forneçam esclarecimentos que entendam relevantes sobre a situação da utente, acompanhado de toda a documentação relevante;*
2. *Envio de identificação da utente (nome completo, número de utente) e cópia dos relatórios dos episódios de urgência da utente (Alert) em 21 de fevereiro e 23 de fevereiro de 2016;*
3. *Indicação, para cada um dos episódios de urgência, se a situação foi enquadrada em sede da Via Verde (VV) AVC, ou, em caso negativo, indicação dos motivos para que tal não tenha sucedido;*
4. *Informação relativa ao Fluxograma do funcionamento da VV AVC no Hospital Garcia de Orta;*
5. *Indicação dos procedimentos definidos ao nível do Serviço de Urgência, quer estejam integrados ou não na VV AVC, no sentido do tratamento ou encaminhamento dos utentes chegados pela VV AVC;*
6. *Esclareçam o sentido da seguinte informação transmitida à reclamante: “(...) importa salientar que a doente tinha sérias comorbilidades, era já dependente para as suas atividades da vida diária, pelo que não estariam indicadas medidas avançadas de suporte de vida (...)”;*
7. *Indiquem e descrevam, acompanhado do suporte documental respetivo, os protocolos, procedimentos ou normas existentes relativamente aos critérios de acionamento de medidas avançadas de suporte de vida;*
8. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.*

[...]”.

14. Por ofício rececionado em 22 de julho de 2016, veio o HGO prestar os seguintes esclarecimentos, acompanhados do respetivo suporte documental:

“[...]

2. *Em resposta à V / solicitação referente à utente GC processo do HGO n.º [...], utente n.º [...].*

3. *Com conhecimento e aval neurológico prévio à chegada da doente, não houve activação da Via verde dado o tempo de instalação do quadro clínico, idade da doente e deficit minor.*

4. e 5. *Ver fluxograma da Via Verde no Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta (anexo).*

6. *Conforme referido pela filha da doente, esta era hipertensa, diabética e apresentava sequelas (hemiparesia direita) decorrentes de Acidente Vascular Cerebral prévio seis anos antes, estando parcialmente dependente nas actividades de vida diária.*

*As medidas avançadas de suporte de vida, pelo seu caracter invasivo e agressividade, resultam em mau prognóstico funcional dos doentes idosos com significativas comorbilidades.*

7. *São adoptadas as normas da American Heart Association para a ressustiação cardio-respiratória*

*[...]*.

15. Em anexo à sua resposta, o prestador juntou os seguintes documentos: “*Fluxograma da Via Verde no Serviço de Urgência*”, “*Norma de Procedimento Geral Via Verde do AVC – Admissão – 1081*” e dois relatórios de urgência da utente (dos dias 21 e 23 de fevereiro de 2016)

16. Considerando os esclarecimentos prestados, bem como a documentação remetida pelo HGO., considerou-se necessário solicitar parecer clínico a perito da ERS, o qual se pronunciou, em 18 de agosto de 2016, no seguinte sentido:

*“A reclamação visa um problema apenas, na minha opinião. Se, aquando da primeira ida ao SU, a não realização do diagnóstico de AVC teve, ou não, influência no desfecho final (falecimento) da doente.*

*O quadro clínico descrito é muito sugestivo de AVC, sendo igualmente um facto que nem todos os AVC tem tradução imagiológica nas primeiras horas, sendo, por vezes, necessário a repetição da TAC cerebral ‘a posteriori’ para confirmação do diagnóstico.*

*No entanto, face ao quadro clinico descrito, juntamente com os antecedentes da doente, e de acordo com as normas internas da Instituição, não havia indicação para abordagem agressiva do quadro clinico descrito pelo que o aparente não diagnóstico de suposto AVC aquando da primeira ida ao SU se torna irrelevante”.*

*Não se encontrou qualquer incumprimento de normas e/ou procedimentos pelo que sugiro o arquivamento do processo”.*

17. Por ofício de 11 de outubro de 2016, foi o prestador notificado do que seguidamente se reproduz:

*[...]*

*Na sequência da V/ resposta, e uma vez solicitado parecer clínico ao Perito Médico da ERS, este pronunciou-se no seguinte sentido:*

*“O quadro clínico descrito é muito sugestivo de AVC, sendo igualmente um facto que nem todos os AVC têm tradução imagiológica nas primeiras horas, sendo, por vezes, necessário a repetição da TAC cerebral «a posteriori» para confirmação do diagnóstico”.*

*Considerando o exposto, cumpre solicitar a V. Exas., ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, o envio das seguintes informações, acompanhadas de todos os elementos documentais comprovativos relevantes:*

*1. Tendo presente o parecer do Perito Médico da ERS e, bem assim, a idade avançada e os importantes antecedentes clínicos da utente, esclareçam os motivos para, depois de realizar o TAC, a utente ter sido enviada para casa, em vez repetir novo TAC para re-avaliação/confirmação da sua situação clínica;*

*2. Quaisquer outros esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes para a análise do caso concreto.*

*[...]”.*

18. Ao que o prestador respondeu, em 27 de outubro de 2016, o seguinte:

*[...]*

*era uma doente com história prévia de AVC com hemiparesia direita, disartria e desvio da comissura labial sequelares.*

*Foi trazida por cefaleias frontais e vômitos, segundo o referido na informação clínica, embora as queixas registadas na triagem fossem agravamento da disartria e desvio da comissura labial com 4 horas de evolução. Na triagem foi efetuada a escala MEWS=0 e de Glasgow-15.*

*A doente estava a vomitar na altura da observação clínica e o colega não conseguiu objetiva a hemiparesia.*

*Foi efetuado TAC CE que não mostrou lesões vasculares agudas isquémicas ou hemorrágicas. Analiticamente não foram verificadas alterações significativas, tendo sido efetuada terapêutica com antiemético e soro fisiológico.*

*Segundo referido, a doente melhorou sintomaticamente, o MEWS cerca das 2:00h de 22/02/2016 era 2, a doente estava vígil, orientada, mas é referida hemiparesia esquerda.*

*Teve alta pelas 9:00h sem que estejam descritas quaisquer alterações.*

*Em conclusão e face ao observado nos registos, parece evidente que não foi admitido novo AVC, face a TAC CE sem alterações agudas, estabilidade hemodinâmica, melhoria de quadro clínico, bem como situação patológica prévia.*

*Admitimos que por esse motivo não foi repetido TAC CE, sendo certo que é conhecido que o exame referido pode não ter alterações detetáveis numa percentagem não negligenciável de doentes, nas primeiras 6 horas após acidente vascular.*

[...].

19. Ouvido novamente o Perito médico da ERS, este pronunciou-se no seguinte sentido:

“[...]

*Trata-se de situação difícil, uma vez que nem sempre é fácil, semiologicamente, e num doente com sequelas anteriores de AVC, conseguir fazer a distinção entre as sequelas e as novas manifestações. Já referi, no parecer anterior, que parecia tratar-se de um quadro de AVC que a doente apresentava. No entanto, volto a referir que a doente não tinha indicação para terapêuticas agressivas, de acordo com os protocolos instituídos.*

*Considero que, no caso concreto, era discutível, perante o quadro clínico da utente, a necessidade de realização de uma segunda TAC, embora, em tese geral, seja considerada uma boa prática a repetição de TAC seis horas depois da primeira.*

[...].

## II.2 Do pedido de elementos ao prestador relativo ao episódio de urgência do utente F.C.

20. Para melhor apreciação dos factos descritos na reclamação ,foi solicitado ao prestador, em 20 de março de 2017, que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Explicitem de forma fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, a situação descrita na referida reclamação;*
2. *Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente), e cópia do relatório do episódio de urgência do utente (Alert), em 1 de novembro de 2016;*
3. *Indicação, pormenorizada, da(s) raz(ões) pela qual a situação não foi enquadrada em sede da Via Verde AVC;*
4. *Remetam cópia dos procedimentos referentes aos critérios de diagnóstico de AVC;*
5. *Remetam cópia dos procedimentos referentes ao encaminhamento dos utentes para Via Verde de AVC;*
6. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]”*

21. Por ofício datado de 28 de março de 2017, o prestador veio aos autos prestar os esclarecimentos suscitados, acompanhados da respetiva documentação de suporte:

“[...] O utente [F.C.], de 76 anos, deu entrada no Serviço de Urgência Geral no dia 01/11/2016 às 9:39h e foi triado às 9:53h e, de acordo com a triagem de Manchester foi-lhe atribuída a cor amarela (sic) - muito urgente.

*Os Srs. Enfermeiros de triagem conhecem os critérios de ativação de Via Verde (isto é, quando o doente chega de modo próprio e não via CODU), o primeiro dos quais obriga a que seja conhecida a hora de instalação do evento, já que a eventual indicação de trombólise exige uma janela temporal máxima de 4,5h.*

*Ora, sabendo-se na triagem (ver descrição) que o doente fora visto sem défice pela última vez às 23:30h do dia anterior, ao ser encontrado por familiar às 8:30h do dia 01/11/2016 com hemiparesia direita não seria possível saber qual o momento preciso de instalação do deficit. A Via Verde (interna) não foi assim ativada e o doente foi triado para observação médica.*

*Ainda que a 1ª observação médica tivesse ocorrido depois do tempo previsto para um doente de cor laranja, o doente estava e manteve-se clínica e hemodinamicamente estável na área de observação clínica. Foi medicado com broncodilatadores (quadro de dificuldade respiratória com 3 semanas de evolução, sem ter procurado prévio apoio médico) e oxigénio nasal, enquanto aguardava resultado de análises clínicas e de TC cranioencefálica, ficando internado. [...]*

22. O prestador veio aos autos juntar ainda os seguintes documentos:

- *Cópia do episódio de urgência do utente [F.C.], que para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:*

*a) deu entrada, no dia 1 de novembro de 2016, tendo sido triado às 9h53m, com pulseira laranja (muito urgente)*

*b) na queixa inicial pode ler-se: “Encontrado cerca das 8h30, com alteração do estado de consciência, apenas reativo à dor, hemiplesia dta, a esposa viu o doente ontem pelas 23h30 sem qualquer défice. Dificuldade respiratória desde há 3 semanas, pelo que tem dormido no sofá”;*

*c) foi triado com pulseira laranja (muito urgente); fluxograma – comportamento estranho; discriminador: alteração do estado de consciência;*

*d) sinais vitais: Glicemia capilar 120mg/dl; Glasgow total: 6;*

*e) foi solicitado TAC CE, às 11h41, com prioridade normal, executado às 12h59;*

*f) foi solicitado RX Torax, às 11h47, com prioridade normal, executado às 13h05;*

*g) às 10:39h existe uma nota de enfermagem, onde se pode ler : “Doente a aguardar primeira observação médica.”. Foram reavaliados os sinais vitais, dando lugar às seguintes informações: “Prostrado. Responde à dor. Informada Dr.ª S.P.[...] sobre hipertensão.”*

- *Cópia da Norma de Procedimento Geral n.º 1081, “Via Verde de AVC – Admissão”, aprovado em 5 de novembro de 2015, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:*

*[...] DESCRIÇÃO*

- *A. ATIVAÇÃO DA VIA VERDE INTRA-HOSPITALAR DO AVC*
- *I. ATIVAÇÃO DA VIA VERDE INTRA-HOSPITALAR*

- *A ativação da Via Verde é feita pelo telemóvel [...] diretamente para o médico Neurologista por qualquer um dos seguintes elementos:*

- 1. Operador do CODU/INEM;*
- 2. Enfermeiro de Triagem no Serviço de Urgência (SU);*
- 3. Médico de Urgência Interna;*
- 4. Qualquer Médico no SU que identifique doente com critérios de ativação.*

## *II. CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO DA VIA VERDE*

*- Doentes entre 18 e 80 anos (fora deste intervalo, apenas em casos selecionados).*

*- Início dos sintomas testemunhado (ou referido pelo doente, se capaz de dar história), com o doente já acordado, há menos de 5 horas.*

*- Início súbito de:*

- *assimetria da face (pedir ao doente para mostrar os dentes);*
- *diminuição da força em pelo menos um membro superior (pedir ao doente que estenda os 2 membros superiores, de olhos fechados);*
- *alteração na linguagem (pedir ao doente para dizer «o rato roeu a rolha»).*
- *É da responsabilidade do Neurologista de Serviço que recebe o contato, decidir se ativa ou não a Via Verde.*

*Todos os contactos neste âmbito são registados pelo Neurologista de Serviço em folha própria disponível no Serviço de Neurologia.*

*Em caso de NÃO Ativação da Via Verde, essa informação é fornecida ao profissional de contacto e o doente será avaliado no Serviço de Urgência segundo as prioridades habituais.*

*[...]*

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

*“[...]*

*Trata-se de doente que deu entrada no SU inconsciente e com hemiparesia direita, tendo sido triado como laranja aparentemente (a resposta da Instituição refere a cor amarela mas classifica a situação como muito urgente). (...) tendo sido decidido não activar Via Verde de AVC com base em critérios clínicos e temporais, uma vez que não*

*havia hora definida para o início dos sintomas. De referir que a activação da via verde implica um início de sintomas de até 4,5 horas, por ser esta a janela terapêutica para desencadear qualquer intervenção terapêutica agressiva.*

*O doente foi observado por médico, num segundo tempo, cerca de 1h 40m, após a entrada no SU, o que excedeu o tempo ideal para observação de doente triado como cor laranja.*

*Após a triagem o doente realizou TAC que confirmou o diagnóstico de AVC extenso e de prognóstico reservado.*

*A situação tem duas vertentes, na minha opinião, uma vez que os procedimentos clínicos parecem ter sido adequados: o tempo de espera para observação, superior ao recomendado e não devidamente justificado e se a via verde deveria, ou não, ter sido activada.*

*Não existe justificação por parte da Instituição para a demora de observação, mas a resposta, muito provavelmente, será que foi devida ao maior afluxo de doentes ao SU naquele dia.*

*Relativamente à activação da via verde, e após consulta dos documentos enviados pela Instituição, o critério temporal é absoluto. Aliás, a indicação para trombólise só existe até às 4,5 horas, janela terapêutica em que é expectável que as lesões neurológicas sejam reversíveis, o que não se verificava neste caso.*

*Do ponto de vista clínico não creio haver qualquer violação das “legis artis”.*

*[...]”.*

### **III. DO DIREITO**

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

24. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

25. 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 sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica;
26. Consequentemente, o Hospital Garcia de Orta, E.P.E. é uma entidade registada no SRER da ERS sob o n.º 10931.
27. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.
28. São ainda objetivos da ERS, nos termos do artigo 10º dos Estatutos da ERS, “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”;
29. Relativamente ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento 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) (...)”.
30. No que se refere, por outro lado, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “monitorizar as queixas e reclamações dos utentes e seguimento dado pelos operadores às mesmas”.
31. Por fim, no que toca ao objetivo regulatório previsto na alínea d) do artigo 10º dos Estatutos da ERS, refere a alínea c) do artigo 14º do mesmo diploma que “incumbe à ERS garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”;
32. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a

emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

33. Pelo que, tal como configurada, a situação denunciada poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses dos utentes, mas também na violação de normativos que à ERS cabe acautelar na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS.
34. Ora, perante este enquadramento, resulta a necessidade da análise dos factos, tal como denunciados, sob o prisma de um eventual desrespeito do direito dos utentes a receberem com prontidão, humanamente, com respeito e num período de tempo considerado clinicamente aceitável os cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, nomeadamente, em situações de especial vulnerabilidade.

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

35. 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.
36. 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”*;
37. 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”;*

38. 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.
39. 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”*.
40. 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).
41. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
42. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
43. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente<sup>1</sup>, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
44. 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”*.

---

<sup>1</sup> Vd. o ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”.

45. 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.
46. 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.

### III.3.1 Do Protocolo de Triagem de Manchester

47. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do respetivo sítio eletrónico,<sup>2</sup>

*“[...] o Protocolo de Triagem de Manchester foi implementado com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência com vista à criação de normas de triagem. [...]”.*

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

*Uma vez identificados os temas de triagem comuns foi possível rapidamente chegar a acordo quanto a um novo sistema de nomenclatura e de definição. A cada uma das novas categorias foi atribuído um número, uma cor e um nome, sendo cada uma delas definida em termos de tempo-alvo aceitável até ao primeiro contacto com o médico de serviço. Conseguiu-se um consenso em torno da seguinte escala de triagem:*

---

<sup>2</sup> Sobre este assunto ver <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	<i>Emergente</i>	<i>Vermelho</i>	<i>0</i>
2	<i>Muito urgente</i>	<i>Laranja</i>	<i>10</i>
3	<i>Urgente</i>	<i>Amarelo</i>	<i>60</i>
4	<i>Pouco urgente</i>	<i>Verde</i>	<i>120</i>
5	<i>Não urgente</i>	<i>Azul</i>	<i>240</i>

*Deverá ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o Serviço de Urgência, de que são exemplos os doentes admitidos para transplante, para técnicas programadas, etc. Nestes casos, deve ser registada a cor branca e a razão da sua atribuição. [...] – cfr. informação prestada pelo Grupo Português de Triagem no seu sítio eletrónico.*

### **III.3.2 Do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Protocolo de Triagem de Manchester**

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

50. Assim, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, reconhece “[...] a importância para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos [...]”.
51. Advogando que “[...] o MTS permite identificar uma prioridade clínica com posterior alocação do doente à área de atendimento devida, podendo também ser desenhados e aplicados, na sequência da triagem, protocolos de atuação subsequente, tal como requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista à redução do tempo do episódio de urgência e dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção.”.
52. Acrescenta ainda que “[...] o MTS é uma ferramenta que tem evoluído verifica[ndo-se] a necessidade de implementar a versão mais recente do MTS , fruto da ciência e das boas práticas atualmente existentes, nomeadamente no que se refere à possibilidade integração das vias verdes e de protocolos pediátricos nos serviços de urgência, entre outros [...] a sua implementação já se verifica em todos os tipos de urgência, pediátrica, ginecológica e de adultos, pelo que a sua generalização é possível e desejável e, constitui a única forma de comparabilidade entre níveis de procura e atendimento entre diferentes instituições prestadoras de cuidados de urgência.”.
53. Conclui aquele despacho que “[...] a escala de Triagem de Manchester prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo sendo passível de ser auditada quer interna ou externamente, conforme previsto no Protocolo celebrado entre o Ministérios da Saúde e o Grupo Português de Triagem (em 12 de novembro de 2010) e a Declaração de Princípios a ele anexa.”.
54. Assim, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, veio determinar o seguinte:
- [...] 1 – Em episódios de urgência com apresentação tipificada na sequência da aplicação dos fluxogramas previstos no sistema de triagem, pode ser considerada a solicitação, pelo enfermeiro da triagem, de meios complementares de diagnóstico, mediante algoritmo autorizado pela direção clínica da unidade de saúde e sustentado em NOC elaborada pela DGS, a exemplo do que acontece nas vias verdes já existentes.

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

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

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

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

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

7 – Todos os SU com o Sistema de Triagem de Manchester devem implementar auditorias internas mensais, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços, nos termos previstos no Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e a declaração de princípios a ele anexa.

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

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

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

### III.3.3. Da Norma 002/2015, de 6 de março de 2015, da Direção Geral da Saúde

55. De acordo com as medidas implementadas, durante o período da gripe em Portugal, a Direção Geral da Saúde emitiu a seguinte Norma:

1. *Todos os serviços de urgência devem ter o sistema de triagem de Manchester, atualizado na versão 2, em funcionamento até 31 de dezembro de 2015.*

2. *Todos os serviços de urgência devem atualizar anualmente, até 30 de setembro, o sistema de triagem de Manchester, para a última versão em vigor, publicada pela Direção-Geral da Saúde para esse ano, após ser notificada pelo Grupo Português de Triagem até 31 de agosto.*

3. *Todos os hospitais e serviços de urgência devem implementar e ter em funcionamento até 31 de dezembro de 2015 os seguintes Normativos definidos pela Direção-Geral da Saúde:*

a. *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado<sup>1</sup>;*

b. *Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis<sup>2</sup>.*

4. *No momento da triagem de Manchester, devem ser implementados os seguintes algoritmos:*

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

b. *Radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional, valorizando a avaliação da intensidade da dor, conforme Circular Normativa n.º 09/DGCG<sup>3</sup>.*

5. *O algoritmo previsto no ponto 4b) deve contemplar as incidências a considerar na realização da radiografia simples, previamente acordadas com a especialidade de ortopedia do respetivo hospital até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral de Saúde e Ordem dos Médicos.*

6. *O Diretor do Serviço de Urgência, até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral de Saúde e Ordem dos Médicos, é responsável por criar e atualizar o regulamento de encaminhamento interno dos doentes, a ser utilizado após a triagem de Manchester, no qual deverá incluir obrigatoriamente as seguintes situações clínicas:*

---

<sup>1</sup> Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010”

<sup>2</sup> Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO de 06/01/2010”

<sup>3</sup> Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003”

- a. *Feridas incisas ou contusas (após penso compressivo efetuado na triagem);*
- b. *Feridas infetadas e/ou abscessos;*
- c. *Queimaduras (doentes não emergentes);*
- d. *Amputação traumática das extremidades;*
- e. *Dor muscular aguda pós esforço;*
- f. *Lombalgia intensa;*
- g. *Lesões articulares traumáticas;*
- h. *Traumatismo evidente dos membros (de acordo com algoritmo do monotrauma previsto em 4b).*
- i. *Suspeita de corpo estranho ocular;*
- j. *“Olho vermelho”;*
- k. *Alteração súbita da acuidade visual;*
- l. *Derrames hemáticos oculares;*
- m. *Traumatismo isolado do globo ocular;*
- n. *Disfagia por sensação de corpo estranho;*
- o. *Diminuição aguda da acuidade auditiva, otalgia ou otorragia não traumática;*
- p. *Epistaxes;*
- q. *Traumatismo crânio-encefálico ;*
- r. *Traumatismo torácico ou abdominal;*
- s. *Hemorragia digestiva;*
- t. *Dor abdominal;*
- u. *Patologia ano-rectal;*
- v. *Hemorragia vaginal;*
- w. *Dor testicular aguda;*
- x. *Traumatismo da face;*
- y. *Celulite da face e/ou região cervical;*
- z. *Hemorragia não controlada pós extração dentária;*
- aa. *Ideação de auto e/ou heteroagressão;*

*bb. Ideação suicida;*

*cc. Doentes com mandado de condução emitido pelas entidades judiciais.*

*7. Outros algoritmos a serem implementados na sequência da triagem de Manchester, como sejam os da abordagem da criança em situação de urgência, são autorizados pelo Diretor do Serviço de Urgência e validados pelo Diretor Clínico, até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral e Saúde e Ordem dos Médicos.*

*8. Os algoritmos, mencionados nos pontos 3., 4. e 7., bem como o regulamento de encaminhamento interno, previsto no ponto 6., devem ser avaliados trimestralmente pelo Diretor do Serviço de Urgência, com reporte ao Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança.<sup>4</sup>*

*9. As comissões da qualidade e segurança integram no relatório anual de atividades, submetido à Direção-Geral da Saúde, como previsto na alínea n.º 3 do Despacho n.º 3635/2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 7 de março de 2013, a avaliação trimestral realizada, bem como as medidas corretoras implementadas, posteriormente analisadas conjuntamente com a Ordem dos Médicos.*

*10. As Administrações Regionais de Saúde devem identificar, até 31 de março de 2015, os hospitais que vão implementar os pontos 3., 4., 6. e 7. da presente Norma, e disso notificar a Direção-Geral da Saúde.*

*11. Os serviços de urgência devem assegurar a dotação e formação da equipa de enfermagem, de modo a garantir a supervisão dos doentes urgentes após 1h de espera.*

## **IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA**

### **IV. 1 Da anterior intervenção regulatória da ERS**

56. Antes de mais, recorde-se que, no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/007/2015, que correu termos na ERS, o cumprimento dos tempos-alvo de Manchester foi já analisado relativamente ao prestador ora visado, ao qual foi emitida uma instrução nos seguintes termos:

---

<sup>4</sup> Despacho n.º 3635/2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 7 de março de 2013.”

“[...]”

a) O Hospital Garcia de Orta, E.P.E., deve continuar a atualizar e/ou introduzir as alterações tidas por adequadas nos procedimentos já implementados, atinentes ao serviço de urgência, por forma a garantir, a todo o momento, que aqueles são aptos a assegurar de forma permanente e efetiva o acesso aos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, e em tempo útil, independentemente de se tratar de prestação de cuidados de saúde no decorrer do normal funcionamento do serviço, como, em especial, em períodos decorrentes de situações de contingência, incluindo aquelas que embora não sejam situações excecionais não expectáveis, são determinadas pelas variações sazonais associadas a extremos de temperatura;

b) O Hospital Garcia de Orta, E.P.E. deve continuar a implementar procedimentos de organização e funcionamento em conformidade com o prescrito com as regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes e/ou emergentes;

c) O Hospital Garcia de Orta, E.P.E. deve dar conhecimento à ERS do planeamento, estágio de implementação e calendários de implementação dos procedimentos adotados, acompanhada da respetiva documentação já existente (incluindo informação ou relatório(s) das auditorias internas e externas já realizadas) no que toca ao:

(i) cumprimento do determinado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, cujo prazo termina a 30 de junho de 2015, sobre a adaptação dos serviços de urgência à Rede de Serviços de Urgência;

(ii) cumprimento do determinado pelo Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro, cujo prazo termina a 30 de setembro, sobre a utilização da versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester;

(iii) o cumprimento do Plano de Contingência implementado, por determinação do Despacho n.º 4113 – A/2015, de 23 de abril do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que terá de ser determinado até ao dia 1 de maio (módulo de verão) e 1 de outubro (módulo de inverno) em cada ano;

(iv) o cumprimento do disposto na Norma 002/2015, de 6 de março de 2015, da Direção Geral da Saúde.

“[...]”.

9. Estando atualmente a ser feito o acompanhamento do cumprimento da referida instrução pelo HGO em sede do processo de monitorização n.º PMT/001/2016,

10. Processo de monitorização o qual, no caso concreto do HGO, teve como propósito instá-lo a:

“[...]”

*i) remeter a informação em falta e/ou alterar a informação já remetida de acordo com parecer de arquivamento autónomo;*

*(ii) remeter à ERS, com periodicidade trimestral e durante um período inicial de 1 (um) ano:*

*a) cópia dos relatórios as auditorias internas e/ou externas, relativas à conformidade da triagem de Manchester;*

*b) Remeter cópia dos seguintes elementos/indicadores:*

*i) tempo entre a chegada do utente e a triagem;*

*(ii) tempo entre a triagem e a 1ª observação médica, distribuída por cores;*

*(iii) número de utentes atendidos, com informação relativa a números médios e se a afluência foi superior ou inferior à média;*

*(iv) número de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros, técnicos de diagnóstico) a prestar serviço no SU, com referência relativa a números médios e número de profissionais de saúde quando se verifica afluência superior à média;*

“[...]”.

#### **IV. 2. Análise das situações presentes nos autos**

57. Analisando primeiramente a matéria subjacente à primeira reclamação, relativa à utente G.C., a qual envolve dois episódios de urgência, constata-se que:

58. Relativamente ao primeiro episódio de urgência, a utente deu entrada no SU do HGO pelas 18h06m, foi triada às 18h17 com pulseira cor de laranja (tempo-alvo de atendimento de 10 minutos) e observada somente às 20h44m.

59. O que significa que não foram cumpridas as regras do sistema de Triagem de Manchester, pois que, a cumprir-se o tempo previsto de atendimento, a utente deveria ter sido atendida até às 18h27m.

60. Pelo contrário, registou-se uma ultrapassagem do tempo-alvo de atendimento de mais de 2 (duas) horas.
61. Circunstância particularmente grave atendendo à situação da concreta utente em causa, paciente idosa (89 anos), com comorbilidades várias e com um historial clínico prévio de AVC.
62. Razão pela qual tal ultrapassagem do tempo-alvo de atendimento, além de desrespeitador das regras de Manchester, não se mostra, de todo, consentâneo com a humanização de cuidados de saúde, mais concretamente, a necessidade de estes serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade e respeito, como expressamente reconhecido na alínea c) da Base XIV da Lei de Bases da Saúde.
63. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no n.º 3 do artigo 4.º (*"Adequação da prestação dos cuidados de saúde"*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, segundo o qual *"Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente"*.
64. O que desde já evidencia, portanto, uma reincidência do HGO nesta matéria e a desatenção prestada à instrução emitida.
65. Por outro lado, e segundo o prestador, na TAC realizada nesse dia, *"(...) não foram evidenciadas novas lesões, não foi referida insuficiência respiratória ou mesmo dificuldades respiratórias aquando a observação da doente, pelo que teve alta clínica. No dia 23/02/2016 também não foram descritas dificuldades respiratórias"*.
66. Consultado o Perito médico da ERS, o mesmo concluiu, em suma, que:
- [...]
- Considero que, no caso concreto, era discutível, perante o quadro clínico da utente, a necessidade de realização de uma segunda TAC, embora, em tese geral, seja considerada uma boa prática a repetição de TAC seis horas depois da primeira.*
- [...].
67. Ora, constituindo boa prática clínica a repetição de TAC seis horas após a realização da primeira, não se mostra devidamente fundamentado nos autos o afastamento da realização de uma segunda TAC para reavaliação/confirmação do diagnóstico inicial da utente.

68. Sobretudo quando tal afastamento foi acompanhado de alta médica no dia imediatamente a seguir (pelas 10h da manhã) à ocorrência do episódio clínico.
69. Sobre a possibilidade de a repetição da TAC implicar ou não alterações significativas no desfecho verificado, tal configura um juízo hipotético impossível de firmar à presente data.
70. O que é relevante, isso, sim, é que, perante todo o quadro histórico e clínico da utente, se mostrava razoável a repetição da TAC.
71. Mais a mais porque, conforme indicou o Perito médico da ERS, “*em tese geral, [é] considerada uma boa prática a repetição de TAC seis horas depois da primeira.* [...]”.
72. No que respeita ao segundo episódio de urgência da utente G.C., a mesma deu entrada às 23h02m, foi triada às 23h11m com pulseira cor de laranja e observada às 2h04m da manhã.
73. Novamente se constata que não foram cumpridas as regras do sistema de Triagem de Manchester, pois que a utente deveria ter sido atendida até às 23h21m.
74. Termos em que se registou uma ultrapassagem do tempo-alvo de atendimento de quase 3 (três) horas.
75. O que reforça, conforme já explanado *supra*, a reincidência e desatenção dada pelo prestador à instrução que lhe foi emitida pela ERS no processo de inquérito n.º ERS/7/2015, e atualmente sob monitorização no processo de monitorização n.º PMT/1/2016.
76. Ainda relativamente a este segundo episódio, o prestador informou que a “*TAC realizada revelou lesão não evidenciada no exame anterior, contudo, importa salientar que a doente tinha sérias comorbilidades, era já dependente para as suas atividades da vida diária, pelo que não estariam indicadas medidas avançadas de suporte de vida, que em somatório à situação no momento não fariam pressupor um prognóstico diferente a curto prazo*”.
77. Por seu turno, o Perito médico da ERS afastou a existência de irregularidades neste segundo evento, referindo que “*A reclamação visa um problema apenas, na minha*

*opinião. Se, aquando da primeira ida ao SU, a não realização do diagnóstico de AVC teve, ou não, influência no desfecho final (falecimento) da doente”.*

78. Donde resulta a inexistência de indícios de irregularidades ou deficiências nos cuidados prestados à utente neste segundo episódio (com exceção da já referida ultrapassagem do tempo-alvo de atendimento de Manchester).

79. Analisemos, agora, a segunda reclamação, relativa ao utente F.C.:

80. Também aqui se regista um desrespeito pelas regras do sistema de triagem de Manchester, na medida em que, tendo o utente dado entrada no SU pelas 9h53 e sido triado com cor laranja (tempo-alvo de atendimento de 10 minutos), apenas foi atendido 1h40m depois.

81. O que, acrescido ao caso da utente G.C. acima analisado, só reforça a evidência de incumprimento, por parte do prestador, das regras de Manchester e, por conseguinte, a necessidade de emissão de uma instrução nessa matéria.

82. Bem assim reforçando a necessidade de procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados enquanto aguardam observação médica (nomeadamente, através de retriagem), de forma a verificar quaisquer eventuais alterações do seu estado de saúde, e que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas;

83. Quanto à questão da não ativação da Via Verde AVC, não se regista nenhuma irregularidade a assinalar, tendo o Perito Médico da ERS concluído o seguinte:

“[...]”

*Relativamente à activação da via verde, e após consulta dos documentos enviados pela Instituição, o critério temporal é absoluto. Aliás, a indicação para trombólise só existe até às 4,5 horas, janela terapêutica em que é expectável que as lesões neurológicas sejam reversíveis, o que não se verificava neste caso.(...)*

*Do ponto de vista clínico não creio haver qualquer violação das “legis artis”.[...]”.*

#### IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

84. 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, para o efeito, sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o prestador HGO e as reclamantes M.L. e M.C..

85. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, e até ao momento presente, apenas foi rececionada, em 5 de maio de 2016, a pronúncia do HGO.

86. Referiu o HGO:

“[...]

*o HGO, EPE mantém o que foi prolatado em 28 de Março último, considerando que estão respaldados os necessários e adequados procedimentos atinentes à situação em crise, mormente através, como então informámos:*

*- Norma de Orientação Clínica 2031 – Doente com AVC Candidato a Trombólise. Protocolo de Atuação;*

*- Norma de Orientação Clínica 2030 – Doente com AVC Candidato a Trombólise. Itinerário;*

*- Norma de Procedimento Geral 1081 – Via Verde do AVC – Admissão, versão 3;*

*Sem prejuízo da sempre evolutiva normativização em prolo do acompanhamento da legis artis, não pode o HGO deixar de acompanhar o projeto de Deliberação da ERS em causa, atendendo a tudo fez, faz e fará, no sentido do melhor cumprimento das boas práticas e conseqüente legis artis.*

[...]”.

87. Além de se limitar a replicar informações já transmitidas anteriormente à ERS e indiciar a intenção em cumprir com a instrução da ERS, a pronúncia do HGO não indica procedimentos ou medidas concretas para dar prosseguimento às várias alíneas da instrução constante do projeto de deliberação de que foi notificado.

88. Em face do que não resultam quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, razão pela qual este se deve manter na íntegra.

## V. DECISÃO

89. 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 Hospital Garcia de Orta, E.P.E. no sentido de que este deve:

- a) Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- b) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade dos utentes, não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;
- c) Implementar procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados enquanto aguardam observação médica (nomeadamente, através de retriagem), de forma a verificar quaisquer eventuais alterações do seu estado de saúde, e que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas;
- d) Garantir, em casos de diagnóstico provável de AVC, a realização de todos os meios complementares de diagnósticos aplicáveis de acordo com as boas práticas clínicas vigentes, assegurando uma adequada prestação de cuidados de saúde face ao hipotético diagnóstico em presença;
- e) 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.

90. 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..

Porto, 14 de junho de 2017.

O Conselho de Administração,