

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde 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 em anexo ao 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 em anexo ao 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 em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/015/2017.

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (doravante abreviadamente ERS) tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por F.C., em 1 de outubro de 2015, no livro de reclamações do Hospital de Santo André, que integra o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (doravante abreviadamente HSA-CHL), relativamente à alegada intempestividade e má qualidade dos cuidados de saúde que terão sido prestados ao seu pai, o utente M.C., no serviço de urgência desse prestador.
2. O Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. encontra-se inscrito no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 21485 e explora três

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, entre eles, o Hospital de Santo André, registado no SRER da ERS sob o n.º 103454.

3. Para uma análise preliminar da reclamação *supra* referida, foi aberto o processo de avaliação n.º AV/197/2016.
4. No entanto, face à necessidade de uma averiguação mais pormenorizada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 15 de março de 2017, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/015/2017.
5. Subsequentemente, a ERS tomou conhecimento da reclamação subscrita por A.M., na qualidade de filha do utente A.C.M., datada de 22 de fevereiro de 2016, visando de igual forma a atuação do HSA-CHL e alegando, no que para estes autos importa relevar, constrangimentos na administração de terapêutica ao utente pelo Serviço de Urgência do CHL.
6. E, bem assim, da reclamação subscrita por M.G., na qualidade de filha da utente M.R.G., datada de 22 de julho de 2015, referente ao tempo de espera no serviço de urgência do HSA-CHL, para ser observada pelo serviço de neurologia.
7. Nessa senda, e para uma análise preliminar das reclamações *supra* referidas, foram inicialmente abertos os processos de avaliação ns.º AV/144/2016 e AV/003/2017, respetivamente.
8. Em virtude das diligências preliminares encetadas nesses autos e atenta a similitude das matérias em questão com o processo de inquérito n.º ERS/015/2017, foram os aludidos processos de avaliação apensados ao presente processo para adoção das diligências tidas por necessárias.

I.2. Diligências

9. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as seguintes diligências:

A. em sede de processo de avaliação AV/197/2016:

- (i) Pedido de elementos enviado ao CHL, por ofício de 2 de janeiro de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 8 de fevereiro de 2017;
- (ii) Novo pedido de elementos enviado ao CHL, por ofício de 22 de fevereiro de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 1 de março de 2017;

- (iii) Pedido de parecer a perito médico consultado pela ERS, em 10 de fevereiro de 2017, e análise do relatório de apreciação clínica datado de 8 de março de 2017, e junto aos autos;
- (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente a 5 de maio de 2017;
- (v) Notificação de abertura de processo de inquérito ao CHL com pedido de elementos, enviado em 5 de maio de 2017 e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 19 de junho de 2017;
- (vi) Notificação de abertura de processo de inquérito ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. com pedido de elementos, enviado em 5 de maio de 2017 e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 28 de junho de 2017.

B. em sede de processo de avaliação AV/144/2016:

- (i) Pedido de elementos enviado ao CHL, por ofício de 19 de setembro de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 11 de outubro de 2016;
- (ii) Pedido de parecer a perito médico consultado pela ERS, em 12 de outubro de 2016, e análise do relatório de apreciação clínica datado de 18 de outubro de 2016, e junto aos autos;
- (iii) Novo pedido de elementos enviado ao CHL, por ofício de 14 de novembro de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 2 de dezembro de 2016;
- (iv) Pedido de adenda ao relatório de apreciação clínica a perito médico consultado pela ERS, em 8 de dezembro de 2016;
- (v) Pedido de elementos enviado ao CHL, por ofício de 30 de maio de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 19 de junho de 2017;
- (vi) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente e ao CHL a 18 de julho de 2017.

C. em sede de processo de avaliação AV/003/2017:

- (i) Pedido de elementos enviado ao CHL, por ofício de 18 de janeiro de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 9 de março de 2017;
- (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente e ao CHL a 18 de julho de 2017.

II. DOS FACTOS

II.1. Da situação do utente M.C.

10. Em 27 de janeiro de 2016, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por F.C., em 1 de outubro de 2015, no livro de reclamações do HSA-CHL, relativamente à alegada intempestividade e má qualidade dos cuidados de saúde que terão sido prestados ao seu pai, o utente M.C., no serviço de urgência desse prestador.
11. Concretamente, na sobredita reclamação é referido o seguinte:

“[...]”

Sou filha do utente M.C. que deu entrada no serviço de urgência no dia 29/09/2015 antes das 8:00 com quadro de AVC. Foi-lhe atribuída pulseira amarela após a triagem tendo apenas sido visto após as 8:30. Tendo critérios para ser accionada a Via Verde de AVC gostaria de obter esclarecimentos se tal foi efetuado ou não. Visto que o Dr. P. e Dr. A.D. informaram-me que foi perdida meia-hora crucial para a aplicação do correto tratamento.

Ontem, dia 30/09/2015, durante a visita médica foi comentado em frente ao meu pai (que está consciente e orientado) que tudo falhou, desde a equipa do INEM, passando pela urgência até ao internamento no serviço de Medicina I. [...]”

12. Através de ofício datado de 22 de janeiro de 2016, o CHL prestou à reclamante os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

Como descrito na informação registada no sistema informático do serviço de urgência, episódio [...], o Sr. M.C. dirigiu-se ao serviço de urgência no dia 29-09-2015 tendo sido admitido por via normal sem ativação pré-hospitalar da Via Verde AVC e triado pelas 08h03 para observação pela medicina interna, com prioridade amarela.

A primeira observação médica do utente foi realizada por mim [Dr. P.S.], pelas 09h07; da avaliação inicial surgiu imediatamente a hipótese diagnóstica de acidente vascular cerebral, com possibilidade de balizar o início da sintomatologia pelas 06:10 H do mesmo dia.

Atendendo à importância da passagem do tempo na fase aguda desta patologia, procurei agilizar a orientação do utente fazendo de imediato o pedido da tomografia computadorizada crânio-encefálica, e só depois procedendo ao registo dos dados clínicos, o qual terminei pelas 09:21H.

Não tenho memória de qual o momento em que abordei o Dr. A.D. [médico especialista em neurologia], que já se encontrava presente na área amarela a observar outros utentes, no entanto ter-lhe-ei comunicado oralmente a minha avaliação da situação clínica do utente urgindo a que fosse rapidamente definida uma orientação terapêutica. Esta noção foi reforçada pela perceção de que a sintomatologia do utente apresentava uma intensidade flutuante, sugerindo potencial viabilidade do tecido cerebral afetado. Quando pelas 09:42 H registei o resultado obtido da aplicação da escala NIHSS, segundo o protocolo da Via Verde AVC, para tudo estar pronto aquando da eventual ativação da mesma, registei também a constatação desta flutuação de intensidade da sintomatologia.

Tendo discutido o caso com o Dr. A.D., pelas 10:26 H passei o utente para a lista da neurologia segundo indicação deste.

O Dr. A. procedeu então à sua avaliação do utente, apreciando os resultados imagiológicos pela observação direta da imagem uma vez que ainda não existia um relatório disponível. Desta avaliação determinou que havia sido ultrapassada a janela terapêutica para fibrinólise. Isto significa que, segundo a sua avaliação e tendo em conta a probabilidade estimada de obter efeitos favoráveis ou adversos, esse tratamento deixou de apresentar uma relação risco/benefício favorável, e como tal a sua aplicação não era indicada. Assim, recomendou vigilância da evolução clínica, controlo dos fatores de risco cardiovascular, antiagregação plaquetar e investigação etiológica por ecocardiograma transtorácico e doppler carotídeo e vertebral em ambulatório, bem como orientação para fisioterapia. [...]

13. Por ofício da ERS datado de 2 de janeiro de 2017, foram solicitadas ao prestador os seguintes elementos:

[...]

- 1. Pronúncia detalhada sobre a situação descrita na reclamação que está na origem dos presentes autos, já junta sob o Anexo I;*
- 2. Envio da identificação do utente (nome completo e número de utente), e de cópia do relatório completo do episódio de urgência do mesmo, ocorrido em 29 de setembro de 2015 (relatório Alert);*
- 3. Informação sobre se a situação foi enquadrada em sede de Via Verde AVC, ou, em caso negativo, indicação da(s) razão(ões) para que tal não tenha sucedido;*
- 4. Envio de cópia do procedimento implementado no Centro Hospitalar de Leiria para ativação da Via Verde AVC;*

5. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*”.
14. Em resposta ao solicitado, através de ofício datado de 7 de fevereiro de 2017, o CHL remeteu à ERS os esclarecimentos prestados pela Diretora Clínica, com o seguinte teor:
- “[...]”
- O Senhor M.C., nascido a 27/01/1939, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) dia 29/09/2015, pelas 08h01, por "disartria, desvio da comissura labial e hemiparesia à esquerda com início pelas 6 horas" (Anexo I). Foi triado com prioridade amarela.*
- O Enfermeiro no Serviço de Urgência, P.C., declara que "o tempo de triagem, o fluxograma e o discriminador atribuídos estão de acordo com a queixa do doente no momento de triagem, assim como o encaminhamento previamente estabelecido pela direção do serviço de Urgência Geral." (Anexo II).*
- É observado, pelo médico de medicina interna, Dr. P.S. às 9h07 (Anexo III). Fez TAC Crânio-encefálica.*
- Foi observado pelo Dr. A.D. às 10h42 "Hemiparesia direita (grau 3+, proporcional) com instalação aguda hoje pelas 6h11, pouco depois de se ter levantado. APs de DM II e dislipidemia. TC-ce (não relatado): atrofia + leucoencefalopatia microangiopática + multienfartes lacunares. Sem evidência de lesões vasculares recentes. Sem janela terapêutica para fibrinólise.*
- Sugere-se vigilância da evolução clínica, controlo dos factores de risco vascular, antiagregação plaquetar e investigação etiológica (ETTe TCV), bem como orientação para fisioterapia."*
- O Diretor do Serviço de Urgência, à data da ocorrência, facultou a informação prestada pelo médico que observou o Senhor M.C..*
- Desta avaliação, determinou-se que a fibrinólise deixou de apresentar uma relação risco/benefício favorável, e como tal a sua aplicação não era indicada. [...]*”.
15. Em anexo ao ofício acima transcrito, o prestador juntou cópia do relatório do episódio de urgência do utente, que ocorreu em 29 de setembro de 2015 (anexo I), cópia de uma declaração do Enfermeiro triador P.C., datada de 17 de janeiro de 2017 (anexo II), cópia de uma declaração do Médico especialista em medicina interna, Dr. P.S., datada de 18 de novembro de 2015 (anexo III), e, ainda, cópia da circular informativa do Hospital de Santo André n.º 40, de 12 de maio de 2008 (anexo IV).

16. Na referida circular informativa pode ler-se o seguinte:

“[...]”

Para conhecimento junto se transcreve a deliberação do Conselho de Administração, de 2008.04.24, sobre o assunto em epígrafe [Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC)]: [...]

A criação de uma Via Verde intra-hospitalar que avalie e inicie o tratamento de modo emergente do doente com AVC;

A articulação com, a Via Verde pré-hospitalar;

O início do tratamento fibrinolítico no dia 15 de Maio de 2008;

O período em que se realizará compreende o tempo diário de disponibilidade do Serviço de Imagiologia para realização de TC ou seja, nesta primeira fase, das 08 às 23 horas, prevendo-se a curto prazo o alargamento do período para 24 sobre 24 horas;

A orientação destes doentes está definida no cronograma anexo 1;

Os critérios de elegibilidade e contra indicações para terapêutica estão descritos no anexo 2;

A terapêutica de reperfusão encontra-se no anexo 3. [...]”.

17. Posteriormente, através de ofício datado de 22 de fevereiro de 2017, a ERS insistiu para que o CHL juntasse aos autos cópia do procedimento internamente implementado para ativação da Via Verde AVC, bem como informação sobre se o utente foi encaminhado para o serviço de urgências do Hospital de Santo André – CHL pelo INEM, com envio de cópia do eventual verbete de transporte/socorro.

18. Assim, através de ofício rececionado na ERS em 1 de março de 2017, o CHL remeteu à ERS cópia do procedimento aprovado, em 27 de outubro de 2016, pelo Conselho de Administração do CHL, intitulado “*Encaminhamento do doente com suspeita de AVC*”, o qual foi difundido aos profissionais em funções no serviço de urgência do CHL através da circular informativa n.º 107 de 28 de outubro de 2016 (anexo I), bem como cópia do verbete de transporte/socorro do INEM (anexo II) relativo ao episódio de urgência do utente M.C., em 29 de setembro de 2015.

19. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos factos em presença, em 8 de março de 2017, foi solicitado parecer ao consultor médico da ERS, cujas conclusões, em suma, se reconduzem a:

“[...]”

Considerando a observação feita pelo enfermeiro triador, no momento da triagem do utente, considerando a observação feita pelo médico de medicina interna, bem como a avaliação posterior do neurologista e, ainda, o resultado da TAC CE, conclui-se que o utente, M.C., teve um AVC isquémico, com início provável por volta das 06h00m da manhã do dia 29 de setembro de 2015. Assim, acompanha-se o diagnóstico efetuado pelos médicos que acompanharam o utente no serviço de urgência do CHL.

Verifica-se, porém, que, no momento da triagem, não foi ativada a Via Verde AVC, possivelmente pelo facto de, à data, o CHL não ter implementado o procedimento para o efeito. Na triagem, foi atribuída ao utente uma pulseira amarela (prioridade urgente), que implicava uma primeira observação médica no prazo de 60 minutos, o que se pode considerar ter sido respeitado, dado que a triagem ocorreu às 08h01m e o utente foi visto pelo médico de medicina interna às 09h07m. Persiste, contudo, a dúvida se, face à sintomatologia apresentada pelo utente, e ao funcionamento do sistema de triagem de Manchester, a triagem foi corretamente efetuada pelo enfermeiro triador.

Na primeira observação que fez do utente, o médico de medicina interna prescreveu imediatamente a realização de TAC CE e começou a fazer a avaliação NIHSS. Solicitou a avaliação do utente pelo colega neurologista às 10h26m.

Nesse seguimento, às 10h42m, o médico neurologista avaliou o caso e o resultado da TAC CE, tendo concluído que o utente não estava dentro da janela terapêutica para a realização de fibrinólise, e, por isso, propôs vigilância da evolução clínica do utente. Trata-se de uma decisão clínica, do âmbito da discricionariedade técnica do médico. Não obstante, considera-se que tal decisão não está devidamente explicada e fundamentada. [...].”

20. Considerando a necessidade de obtenção de elementos adicionais junto do CHL, foram ainda solicitados em 5 de maio de 2017, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

1. De acordo com o relatório do episódio de urgência n.º [...], do utente M.C., anteriormente já enviado à ERS, a sintomatologia do utente ter-se-á iniciado, por volta das 06h00m, tendo este dado entrada no serviço de urgência do CHL às 08h01m, assim, solicita-se informação sobre o motivo pelo qual não foi ativada a Via Verde AVC;

2. Considerando o fluxograma “Fibrinólise no AVC”, enviado à ERS pelo CHL, em anexo ao ofício de resposta com a referência 01276, de 7 de fevereiro de 2017, indicação dos critérios necessários para ser “cl clinicamente confirmado AVC” de acordo com o referido procedimento;

3. *Indicação dos dados clínicos que estiveram na base da atribuição de prioridade amarela ao utente, no momento da triagem, bem como informação sobre a influência que a escolha do item genérico “comportamento estranho” poderá ter tido no resultado da triagem;*
 4. *Tendo por referência o fluxograma “Critérios de Elegibilidade para a Terapêutica Fibrinolítica no AVC”, enviado à ERS pelo CHL, em anexo ao ofício de resposta com a referência 01276, de 7 de fevereiro de 2017, informação sobre o(s) concreto(s) motivo(s) pelo(s) qual(ais), às 10h42m, após realização de TAC CE com confirmação de AVC, o médico neurologista considerou que o utente estava fora da “janela terapêutica para fibrinólise”;*
 5. *Considerando que, de acordo com informação anteriormente prestada à ERS pelo CHL, o procedimento “Encaminhamento do doente com suspeita de AVC”, constante da circular informativa n.º 107, foi aprovado pelo Conselho de Administração do CHL, em 27 de outubro de 2016, confirmação se, à data dos factos que estão na origem dos presentes autos (29 de setembro de 2015), o CHL não dispunha de um procedimento interno de ativação de Via Verde AVC;*
 6. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*
21. Por ofício datado de 14 de junho de 2017, veio o CHL informar o seguinte:

“[...]”

- 1) *Auditado o Sr. Diretor do Serviço de Neurologia, admitiu-se que “o adiamento de uma decisão terapêutica fibrinolítica poderá ter sido enquadrado pelo facto de, durante o período de observação, o doente ter apresentado um défice neurológico flutuante, com tendência a melhoria em relação ao quadro inicialmente descrito – a melhoria espontânea do défice neurológico é, face aos elevados riscos associados à terapêutica fibrinolítica, considerado como uma contraindicação relativa àquele tratamento.”*
- 2) *O Procedimento da Via Verde AVC enviado à ERS foi activado no HSA em data posterior ao episódio de urgência relativo ao utente supra mencionado. Em Outubro de 2015, os profissionais seguiam a via verde divulgada em 2008 por circular informativa (ver circular presente no dossier). No anexo 2 da referida circular informativa estão descritos os critérios de elegibilidade para a terapêutica fibrinolítica. Os critérios necessários para ser “clínicamente confirmado AVC” são o aparecimento de novos sintomas e/ ou sinais neurológicos ou sinais neurológicos focais.*

- 3) *De acordo com os esclarecimentos prestados pelo Enfermeiro do Serviço de Urgência responsável pela triagem do utente M.C. “o sistema de triagem de Manchester (STM) baseia-se no estabelecimento de uma prioridade de observação de acordo com a queixa apresentada pelo doente. Deste modo, a queixa inicial do doente determina a escolha de um dos 52 fluxogramas existentes – Alguns são mais específicos ou mais generalistas, o que permite a atribuição de uma prioridade aos doentes com queixas não específicas.*

Os doentes que recorrem ao Serviço de Urgência com diagnóstico de saída de AVC podem apresentar à entrada um conjunto de sinais e sintomas heterogéneos. Esta falta de homogeneidade de formas de apresentação não permite esgotar a globalidade da semiologia do AVC num único fluxograma, o que limita a sensibilidade do STM, à data dos acontecimentos, para atribuição de prioridades mais altas a estes doentes. Desta forma, a não existência de um algoritmo “suspeita de AVC” e na ausência de outra queixa mais específica (cefaleia, alteração de visão ou outra), resta a escolha de um fluxograma mais generalista para conseguir, através da avaliação dos vários discriminadores, a atribuição de uma prioridade segundo este sistema de triagem.

Dos dois fluxogramas não específicos possíveis, foi definido que o uso do fluxograma “comportamento estranho” permitia, pelo número elevado de doentes triados por “indisposição no adulto”, diferenciar o doente em que o enfermeiro durante a triagem validava a existência de suspeita de AVC, uma vez que a escolha de “comportamento estranho” resultava na grande maioria das vezes da suspeita acima referida. Seguindo este fluxograma, o doente com queixa de apresentação relacionada com alterações neurológicas (sensibilidade/motricidade) teria a atribuição de prioridade amarela, salvo a existência de alguma condição que justificasse outra prioridade, validando o discriminador “novos sintomas e/ou sinais neurológicos” ou “sinais neurológicos focais”. No caso da escolha do fluxograma “indisposição do adulto” e por falta de condição associada que justificasse outra prioridade, o doente acaba triado de amarelo sempre que o tempo de evolução dos sintomas não exceda as 12 horas.

Desta forma, e perante a queixa de apresentação “disartria, desvio da comissura labial e hemiparesia à esquerda com início pelas 6 horas” a escolha do fluxograma “comportamento estranho” permitiu a atribuição de prioridade através de um discriminador especificamente relacionado com essa queixa.

À luz da versão de triagem disponível no momento (versão 1), se a escolha do fluxograma fosse “indisposição no adulto”, a prioridade seria a mesma, mas desta vez atribuída em função do tempo de evolução (cerca de 2 horas).

Considero assim que a escolha do fluxograma “comportamento estranho” permitiu a atribuição da prioridade adequada à queixa de apresentação descrita e consistente com o uso de outro fluxograma possível, assim como o encaminhamento previamente estabelecido pela direção do serviço de Urgência Geral”.

4) *Auditado o Sr. Diretor do Serviço de Neurologia, que observou o doente no SU, relativamente a assunto em apreço e, em concreto, à questão colocada no ponto 4, o mesmo refere o seguinte:*

a) *Na ausência de contraindicações, perante um quadro de AVC isquémico, a terapêutica fibrinolítica deverá ser iniciada num prazo máximo de 4,5 horas após o momento que, com absoluta segurança, possa ser assinalado como o da instalação dos défices neurológicos. Esse período de tempo é, na prática clínica, habitualmente designado como “janela terapêutica”;*

b) *Esta metodologia é universalmente aceite e utilizada, mesmo face à evidência crescente de que, em alguns contextos clínicos (doentes diabéticos, idosos, anteriormente hipocoagulados – mesmo que com INR de segurança, com antecedentes de AVC, etc) a relação risco benefício de uma terapêutica fibrinolítica iniciada para além das 3h se torna claramente menos favorável;*

– neste caso em concreto, face à informação de que os défices neurológicos se teriam instalado entre as 6h00 e as 6h10, no momento em que concluí a observação do doente estava, como registei no respectivo processo clínico, ultrapassado o período de 4,5h durante o qual o início da fibrinólise poderia ter sido ponderado;

5) *À data dos factos, o CHL dispunha de um procedimento interno de activação da Via Verde AVC, o qual remetemos em anexo. [...]”.*

II.1.2. Do pedido de informação ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

22. Considerando que o CHL remeteu à ERS uma cópia do verbete de transporte/socorro do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (doravante abreviadamente INEM), relativo ao episódio de urgência n.º [...] de 29 de setembro de 2015, do utente M.C., foi formulado um pedido de elementos ao INEM, a 5 de maio de 2017, concretamente

solicitando que:

“[...] a cooperação de V. Exas., ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 32.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, através da prestação de informações sobre o(s) motivo(s) pelo(s) qual(ais) não foi ativada a Via Verde AVC, em contexto pré-hospitalar, não obstante a sintomatologia apresentada pelo utente e descrita no verbete de transporte do INEM. [...]”.

23. Nessa sequência, veio o INEM responder, por ofício rececionado pela ERS a 28 de junho de 2017, remetendo, para o efeito, cópia da resposta elaborada pelo INEM à reclamação apresentada a esse Instituto pela exponente F.C., e de onde consta o seguinte:

“[...]”

Neste sentido, somos a informar que os respetivos registos áudios referentes a situação descrita por V. Exa. já não se encontram disponíveis, na medida em que decorreu já o prazo máximo de 90 dias indicado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, vertido na Deliberação nº 629/2010, para sua conservação.

Constatou-se que o CODU recebeu, às 07h15m, uma chamada através da qual o contactante solicitou ajuda para um senhor de 78 anos. O operador do INEM localizou a ocorrência, realizou a triagem clínica da situação, fez o aconselhamento adequado, e procedeu ao acionamento de um meio de emergência para o local. Às 07h18m foi assim acionada a Ambulância de Emergência Médica (AEM) do INEM de Leiria.

Às 07h50m o CODU recebeu uma chamada da tripulação do AEM de Leiria, que uma vez no local efetuou a devida passagem de dados clínicos para que os mesmos fossem analisados pelo Médico Regulador do CODU, adiantando que os sinais e sintomas apresentados correspondiam a um possível quadro de AVC. O Médico Regulador do CODU, após análise dos dados transmitidos, deu indicação para o doente ser transportado para o Hospital de Leiria. [...]

A Via Verde AVC é um processo que possibilita um mais rápido acesso do doente ao correto e adequado tratamento. Contudo, para que esta via seja acionada, é indispensável que estejam garantidos todos os critérios para admissão do doente – idade do doente, tempo de evolução dos sintomas e não ter sequelas de AVC anterior – critérios estes que definem a capacidade de resposta do tratamento.

No caso em apreço, e de acordo com os registos informáticos disponíveis no INEM, o doente ter-se-á levantado perto das 6 horas apresentando já nessa altura as queixas transmitidas, designadamente falta de força, não tendo por este motivo, e no caso em

apreço, sido possível determinar o tempo de evolução da sintomatologia, informação crucial para determinar a viabilidade de inclusão na Via Verde AVC.

Face ao exposto, o INEM considera que a atuação do CODU foi adequada à situação descrita, tendo sido enviada uma Ambulância de Emergência Médica do Instituto que procedeu ao encaminhamento célere do doente para o Hospital de Leiria, unidade hospitalar com capacidade para tratamento do doente. [...]

II.2. Da situação do utente A.C.M.

24. A ERS tomou ainda conhecimento da reclamação subscrita por A.M., na qualidade de filha do utente A.C.M., alegando, em suma e no que para os presentes autos releva, constrangimentos na administração de terapêutica ao utente pelo Serviço de Urgência do HSA-CHL.

25. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na reclamação dirigida ao CHL:

[...]

No dia 18 de Janeiro de 2016, o meu pai [...] deu entrada nas Urgências do Hospital Santo André em Leiria por se encontrar um pouco constipado e com alguma pieira. Chegou pelo INEM por volta das 19:30 colocaram-lhe a pulseira amarela e informaram a minha mãe que iria fazer inalações e um raio-x.

Na manhã seguinte, dia 19 de Janeiro, quando a minha mãe regressou à mesma unidade Hospitalar, depara-se com a maca do meu pai perdida no meio da ala amarela. Ele disse-lhe que já tinha feito oxigénio.

*De repente, começou a ficar agitado e aflito e a minha mãe ao vê-lo assim, socorreu-se a uma médica [...] que prontamente respondeu "Não é meu doente, não tenho nada a ver com isso." [...] A minha mãe desesperada pede socorro a outra médica [...]. Quando a Dra. S. se depara com a pulseira de meu pai ficou estupefacta e questionou quem estava naquele serviço, o porquê de terem tirado aquele paciente das laterais do oxigénio, quando **o mesmo deveria estar com oxigénio constantemente.** [...] Fez uma paragem cardiorrespiratória. [...]*

*Nessa tarde desesperante foi-nos explicado por uma das médicas que executou a reanimação que a paragem deveu-se exclusivamente **À FALTA DE OXIGÉNIO.** [...]*

26. Em resposta à reclamação *supra* transcrita, por ofício datado de 29 de março de 2016, o CHL remeteu à exponente os seguintes esclarecimentos:

[...]

“O senhor A.C.M. [...], com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus, tipo 2, apresentando complicações microvasculares e macrovasculares, nomeadamente nefropatia, retinopatia diabética, história de enfarte agudo do miocárdio em 2000 e 2009, com cirurgia de revascularização em 2010, e ainda acidente vascular cerebral isquémico em março de 2009, recorreu ao Serviço de Urgência a 18/01/2016 por dispneia, febre e cansaço fácil. A 19/01/2016, neste Serviço, sofreu paragem respiratória no contexto de edema agudo do pulmão hipertensivo. Foi reanimado com êxito e no dia seguinte foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) com os seguintes diagnósticos provisórios: pneumonia da comunidade + choque misto de causa não definida + edema pulmonar cardiogénico + paragem respiratória e cardíaca. Durante o internamento no SMI, sofreu pneumonia associada ao ventilador, por staphylococcus aureus e sépsis a cateter central por enterobacter aerogenes. [...]

Mais informamos que, no que diz respeito ao atendimento prestado pela Dr.^a M.G., no Serviço de Urgência, a mesma prestou o seguinte esclarecimento:

“No dia 19 de janeiro de 2016, estive a trabalhar no serviço de urgência deste hospital. Enquanto avaliava outro doente fui abordada por um familiar do Sr. A.C.M. tendo respondido que estava naquele momento a avaliar outro doente e que todos os doentes a cargo da Medicina iriam ser observados oportunamente por um dos elementos da equipa, informação esta que a senhora D. A.M. pareceu compreender e aceitar. O doente tinha na altura uma tabela terapêutica prescrita que incluía broncodilatadores, antibiótico e oxigénio. O doente foi observado mais tarde pela minha colega de equipa.” [...]”

27. Por ofício de 19 de setembro de 2016, a ERS enviou um pedido de elementos ao CHL, concretamente solicitando:

[...]

- 1. Se pronunciem, de forma fundamentada, sobre o teor da exposição remetida à ERS, acompanhado do envio de cópia do relatório do episódio de urgência respetivo;*
- 2. Descrição de todas as etapas percorridas pelo utente, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, acompanhada do respetivo suporte documental;*

3. *Descrição dos procedimentos existentes ao nível do registo das orientações/prescrições médicas, acompanhado do envio do respetivo suporte documental; [...]*”.

28. Nessa sequência, por ofício rececionado pela ERS em 10 de outubro de 2016, veio o CHL prestar os esclarecimentos solicitados remetendo, entre outros documentos, duas reclamações da exponente A.M. acompanhadas das respetivas respostas enviadas pelo prestador e cópia dos registos do Serviço de Urgência.

29. Assim, e dos documentos juntos pelo prestador, cumpre salientar a resposta à segunda reclamação da exponente A.M, de onde consta o seguinte:

“[...]

O historial clínico do doente A.C.M. é de extrema importância para perceber o que é que aconteceu e porquê. Na realidade o doente tem antecedentes de doença cerebrovascular e cardiovascular, muito grave, bem como vários factores de risco para doença cardiovascular e complicações destes, que desconhecemos se andavam ou não controlados.

O risco de descompensação, de complicações agudas e até de morte súbita nestes casos é muito elevado. [...]

O Rx do tórax as 00:21 H do dia 19/01/2016, encontrava-se "limpo" e às 14:43 H o mesmo já estava com edema. Se, de acordo com os registos, o doente sofreu o E.A.P. e a P.C.R. às 13:50 H é normal que o Rx tórax das 14:43 H tenha edema. [...]

Mais se informa que o Diretor do Serviço de Urgência prestou a seguinte informação:

“Após leitura da exposição efetuada e tendo em conta as informações e esclarecimentos dados pelos médicos que observaram e trataram o doente, bem como as informações dadas pelo Sr. Diretor do Serviço de Medicina II, não existem mais informações relevantes que possam ser dadas.” [...]”.

30. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos factos em presença, em 18 de outubro de 2016, foi solicitado parecer ao consultor médico da ERS, cujas conclusões, em suma, se reconduzem a:

“[...]

Relativamente ao problema do O2, insistentemente levantado pelos familiares, existe [...] uma prescrição de O2 por VM, que aparentemente não foi cumprida, conforme constatado pelos familiares. Este facto não está explicado na resposta da instituição, nem as possíveis consequências do mesmo. [...]

Acho que a instituição se deveria pronunciar relativamente à não administração de O2, conforme prescrição médica existente nos registos enviados, bem como possíveis consequências da não administração do mesmo. [...]

31. Na sequência deste parecer clínico, por ofício datado de 14 de novembro de 2016, a ERS enviou novo pedido de esclarecimentos ao CHL, concretamente solicitando:

[...]

- i) Se pronunciem, de forma fundamentada, sobre a administração de O2, conforme prescrição médica existente. [...]*

32. Por ofício rececionado pela ERS em 2 de dezembro de 2016, veio o CHL prestar os esclarecimentos suscitados, afirmando que:

[...]

2.º - Relativamente à segunda questão informamos que não existe nenhum protocolo para oxigenoterapia no SU e essa terapêutica é administrada segundo prescrição médica, para se atingirem determinados valores de Sat. O2, cabendo à equipa de enfermagem a sua execução prática. A oxigenoterapia é reajustada em função da resposta;

3.º - Como se pode confirmar nos registos, do detalhe do episódio, documento original, no dia 19/01/2016, às 7h32, a médica que observou o doente escreveu que o doente estava com hipoxemia e prescreveu oxigenoterapia para se conseguir Sat. O2 > 95% (pág. 7 do detalhe do episódio). Alguns minutos depois (5 minutos) o enfermeiro que prestava cuidados ao doente registou: Fica com oxigénio por M.V. (máscara de venturi) a 28% (pág. 7 do detalhe do episódio). As prescrições médicas e orientações no internamento também efectuadas informaticamente eram impressas obrigatoriamente pelo enfermeiro responsável pelo doente onde rubricava a as terapêuticas administradas e o cumprimento das obrigações gerais. [...]

Como se pode confirmar, na manhã de 19/01/2016, foi prescrito oxigenoterapia ao doente e foi-lhe colocada M.V. a 28%, tendo sido dadas indicações para se ajustar oxigenoterapia até obter Sat. O2 > 95%. Simultaneamente estava também a fazer terapêutica broncodilatadora (pág. 3 do detalhe do episódio).

Permitam-nos reafirmar, aquilo que é a nossa avaliação, com as limitações naturais de ser efectuada a partir de registos, que a situação que levou o doente à paragem cardiorespiratória foi a ocorrência de um edema agudo no pulmão hipertensivo, aliás situação que o doente já tinha no registo dos seus antecedentes (pág. 1 e 8 do detalhe do episódio). [...]

33. Estes factos foram submetidos a novo parecer clínico, do qual consta a seguinte adenda datada de 8 de dezembro de 2016:

“[...]”

ADENDA (08/12/2016) – *A resposta fornecida pela Instituição assume que o O2 foi prescrito e que estaria a ser administrado. É igualmente verdade que, provavelmente não terá sido a eventual falta deste que terá condicionado o agravamento da situação clínica do doente e conseqüente paragem cardio-respiratória. Assim, do ponto de vista clínico parece não ter havido violação das “legis artis”. [...]*”

II.3. Da situação da utente M.R.G.

34. A ERS tomou também conhecimento da reclamação subscrita por M.G., relativa à utente M.R.G. que, alegadamente, aguardou 6 horas no serviço de urgência do HSA-CHL para ser observada pelo serviço de neurologia.

35. Em suma refere a exponente que:

“[...] *cheguei às 9 horas da manhã às urgências com a minha mãe para ser vista por um neurologista. São 15h06 e ninguém veio consultar a minha mãe e ninguém se disponibiliza para resolver o problema. Não é tempo de mais para uma pessoa de 83 anos com vários problemas de saúde? [...]*”

36. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

Informamos [...] que a especialidade de neurologia não está de presença física no Serviço de Urgência, dando apoio requisitado em dois períodos distintos do dia. [...]”

37. Nesse âmbito, foi remetido pela ERS um pedido de elementos por ofício de 18 de janeiro de 2017, concretamente solicitando:

“[...]”

1. *Pronunciem-se, querendo, sobre a situação descrita na referida reclamação;*
2. *Envio de identificação da utente (nome completo, número de utente), e cópia do relatório do episódio de urgência da utente (Alert), em 22 de julho de 2015;*
3. *Informação detalhada sobre o modo de organização e funcionamento da(s) equipa(s) de neurologia do CHL, designadamente, sobre a forma como a(s) equipa(s) garante(m) o acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde no serviço de urgência;*

4. *Esclarecimentos sobre a forma como é assegurada a observação/acompanhamento dos utentes no serviço de urgência na ausência da equipa de neurologia;*
 5. *Remetam cópia dos procedimentos, em vigor nessa unidade, para transferência de utentes do serviço de urgência, que necessitem de consulta de neurologia, fora do serviço dos dois períodos distintos do dia;*
 6. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]*
38. Por ofício datado de 6 de março de 2017, o CHL veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

[...]

1. Os médicos especialistas de Neurologia, à data da exposição apresentada pela utente (22.07.2015), prestavam apoio ao Serviço de Urgência, dentro do seguinte horário:

- 2^{as} e 5^{as} feiras, das 09:00H às 12:00H e das 15:00H às 21:00H - 1 médica*
- 3^{as} feiras, das 09:00H às 12:00H e das 15:00H às 20:00H - 1 médico*
- 4^{as} feiras, das 09:00H às 12:00H e das 15:00H às 21:00H - 1 médica*
- 6^{as} feiras, das 16:30H às 20:00H - 1 médica*

É de realçar que o Serviço de Neurologia contava, na altura, com 4 especialistas, que cumpriam o seguinte horário:

- 1 Médico com o horário de 25 horas semanais;*
- 1 Médica com o horário de 40 horas semanais;*
- 1 Médica com o horário de 35 horas semanais;*
- 1 Médica com o horário de 13:30 horas semanais.*

Os referidos médicos respondiam às solicitações do Serviço de Urgência, do Internamento e prestavam, também, serviço na Consulta Externa.

2. Na ausência da Neurologia os doentes são assumidos pela Medicina Interna.

3. Atualmente, o apoio da Neurologia ao Serviço de Urgência processa-se de acordo com o estipulado na Circular Informativa n.º 122/2016, cuja cópia remetemos em anexo (anexo I).

4. *Em anexo (anexo II), remetemos cópia do detalhe do episódio de urgência da Sr.ª D. M.R.G., utente do CHL n.º [...].*

39. O prestador juntou ainda os seguintes documentos:

- Cópia da circular informativa n.º 122, de 16 de dezembro de 2016, que para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:

“[...] O Conselho de Administração, em 2016.09.08, deliberou que a partir do dia 1 de Outubro de 2016 iniciar-se-ia a atividade de internamento do Serviço de Neurologia. Esta decisão implicou, entre outras situações, a reformulação dos horários dos médicos do Serviço de Neurologia.

Assim, e no que diz respeito à Urgência, o apoio do Serviço de Neurologia será assegurado da seguinte forma:

- Todos os dias úteis (exceto em caso de férias ou impedimentos legais do médico escalado), no período das 9h00 às 16h00 e das 18h00 às 21h00 horas.

- Quando o apoio é assegurado pelo Diretor do Serviço, o horário é das 8h00 às 16h00 e das 18h00 às 20h00 horas.

O Neurologista de apoio poderá ser contactado através da extensão [...].

- Cópia do Episódio de Urgência, com informação clínica da utente M.R.G., de dia 22 de julho de 2015.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

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

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

“[...]

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

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

42. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus Estatutos, “[...] *todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*”.
43. Consequentemente, o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, registada no SRER da ERS sob o n.º 21485 e explora três estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, entre eles, o Hospital de Santo André, registado no SRER da ERS sob o n.º 103454.
44. Acresce que constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade.
45. Pelo que, no que concerne à garantia dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “[...] *assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “*prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*”.
46. Pois se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo em que se constitui, pode surgir sob diferentes formas ou ter origem em diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes.
47. Sendo, por isso, também competência da ERS “[...] *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*”.

48. Por outro lado, no domínio da garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.
49. Podendo a ERS assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação no âmbito das suas atribuições, e mediante a emissão de ordens e instruções, recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

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

50. 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.
51. 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”*;
52. 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*”;

53. 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.
54. 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”*.
55. 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).
56. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
57. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
58. 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.
59. 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”*.
60. 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

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

e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, óbvio 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.

61. 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. Da Rede de Serviço de Urgência

III.3.1. Das regras aplicáveis à Rede de Serviços de Urgência

62. As características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização dos Pontos de Rede de Urgência foram sempre sendo objeto de preocupação e implementação².

63. O Despacho n.º 13377/2011, de 23 de setembro, criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), que tinha por missão avaliar o estado de implementação da Rede, nomeadamente, a distribuição territorial existente, as condições de acesso, as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, a gestão e a sustentabilidade dos Serviços de Urgência (SU), entre outros.

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

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

² Cfr. Despacho do Ministro da Saúde n.º 18 459/2006, de 30 de julho, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 176, de 12 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 24 681/2006, de 25 de outubro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 231, de 30 de novembro; Despacho n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 10, de 15 de janeiro de 2007; e Despacho n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro.

66. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto³, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”*.
67. Por força do Despacho do Ministro da Saúde n.º 5414/2008, de 28 de janeiro de 2008, publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 42, de 28 de fevereiro de 2008⁴, o serviço de urgência do HSA –CHL é classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).
68. Sendo que, de acordo com o n.º 1 do artigo 4.º, *“é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência”*.
69. Assim, e atento o disposto no ponto 6.2. do artigo 4.º do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 25 de julho de 2014, o sobredito Serviço de Urgência estava obrigado a ter as seguintes *“valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: a) Medicina Interna; b) Pediatria; c) Cirurgia Geral; d) Ortopedia; e) Anestesiologia; f) Imuno -Hemoterapia; g) Bloco Operatório (em permanência); h) Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC); i) Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos)”*.
70. Já de acordo com o ponto 6.3. do mesmo artigo, o apoio de algumas especialidades, como o caso de neurologia, devia materializar-se *“de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referência”*.
71. Com interesse para estes autos, cumpre também aqui destacar que o n.º 1 do artigo 14.º do Despacho n.º 10319/2014 determina que os SUMC (tal como os SUP – Serviços de Urgência Polivalente) devem ter a capacidade para o diagnóstico clínico e

³ O Despacho n.º 10319/2014 foi alterado pelo Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 228, de 20 de novembro de 2015.

⁴ O Despacho do Ministro da Saúde n.º 5414/2008, de 28 de janeiro de 2008, foi revogado pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º 13427/2015, de 16 de novembro de 2015, publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 228, de 20 de novembro de 2015, que manteve a classificação do serviço de urgência do Hospital de Santo André.

imagiológico de AVC agudo e, bem assim, para efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação.

72. Por seu turno, a Norma da Direção-Geral da Saúde (doravante DGS) n.º 2/2015, de 6 de março de 2015, atualizada em 23 de outubro de 2015, fixou o dia 31 de dezembro de 2015, como data limite para os serviços de urgência implementarem e terem em funcionamento:

- a) o Sistema de Triagem de Manchester;
- b) a Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010, “Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado”;
- c) a Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO de 06/01/2010, “Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis.” – Cfr. § 1 e 5 da Norma da DGS n.º 2/2015;

73. O ponto 6 da mesma Norma da DGS prevê que “*Os hospitais devem, ainda, implementar as seguintes Normas Clínicas a serem emitidas pela Direção-Geral da Saúde: a) Via Verde Coronária; b) Via Verde do AVC (acidente vascular cerebral)*”.

III.3.2. Do Protocolo de Triagem de Manchester

74. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do respetivo sítio eletrónico,⁵

“[...] 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:

⁵ Sobre este assunto ver <http://www.grupoportuquestriagem.pt/jm/>

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

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

75. 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.”*.
76. 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.”*.

77. 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 [...]”.
78. 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.”.
79. 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.”.
80. 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.”.
81. 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.3.4. Da Norma 002/2015, de 6 de março de 2015, da Direção Geral da Saúde

82. 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 Traumatizado¹;*

b. *Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis².*

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/DGCG³.*

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:*

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

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

³ 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.⁴

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.

III.3.5 Da Via Verde de AVC

83. Conceptualmente, a Via Verde AVC, juntamente com as redes de referenciação, é considerada um elemento essencial na melhoria das acessibilidades no domínio das doenças cardiovasculares;

84. O texto do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, aprovado pelo Despacho n.º 16415/2003, com as alterações do Despacho n.º 766/2005 do Alto Comissário da Saúde, divulgadas junto das ARS e dos

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

prestadores através da Circular Normativa da DGS, n.º 03/DSPCS, de 6 de fevereiro de 2006, atualizado e publicado em anexo a esta Circular Normativa, previu enquanto estratégias de intervenção, nomeadamente:

“[...]”

Promover a melhoria do acesso do doente vítima de AVC a um rápido diagnóstico e tratamento adequado, incluindo a precocidade e continuidade de reabilitação.

Para este efeito, serão criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- *orientações técnicas sobre o tratamento precoce da fase aguda do AVC, destinadas aos profissionais de saúde;*
- *redes de referência para diagnóstico e terapêutica, de doentes com suspeita ou fases iniciais de AVC;*
- *orientações técnicas sobre reabilitação no pós AVC, destinadas aos profissionais de saúde;*
- *normas sobre circuitos de referência para reabilitação após AVC, de forma a ser evitada a descontinuidade no processo de reabilitação”.*

85. Previu-se ainda que seria:

“[...]”

- *desenvolvida e avaliada a implementação nacional da Via Verde do AVC, coordenada pelo Instituto de Emergência Médica com o apoio do Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares;*
- *promovida a divulgação de informação, destinada à população em geral, sobre a melhor forma de utilização da Via Verde do AVC;*
- *promovido o acesso rápido a consulta de referência dos doentes com hipótese diagnóstica de acidente isquémico transitório, colocada pelo Clínico Geral” – cfr. Programa Nacional atualizado, constante da Circular Normativa da DGS, n.º 03/DSPCS, de 6 de fevereiro de 2006;*

86. No seguimento e em desenvolvimento do assim previsto, foram emitidas pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, diversos documentos orientadores, como sejam os documentos relativos às “Redes de Referência Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC” (2006), o “Documento Orientador sobre Vias Verdes do EAM e do AVC” (2007) e as “Recomendações clínicas para o EAM e para o AVC” (2007).

87. Neste âmbito, a Via Verde está definida como *“uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações”*⁸;
88. A qual promove *“o envolvimento do público e dos profissionais de saúde, o reconhecimento precoce de sinais de alarme, o conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda, a sistematização das primeiras atitudes de socorro, a definição do encaminhamento para a instituição mais adequada e com melhores condições de tratamento definitivo, a definição das diversas responsabilidades técnicas, dos vários procedimentos clínicos (recomendações e protocolos clínicos), de sistemas de informação (registos) e indicadores de avaliação e monitorização, e a integração do trabalho e dos objetivos nas fases pré, intra e inter-hospitalares.”* – cfr. documento relativo às redes de referênciação, de 2006;
89. Sendo que o *“[...] sucesso da implementação das VV dependerá não só do acionar do sistema de emergência pré-hospitalar por parte do cidadão através do 112, como também do diagnóstico ou suspeita diagnóstica efetuados na fase pré-hospitalar e do encaminhamento para os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas, atempadamente, por parte do INEM”*;
90. Do exposto resulta, assim, que é desde logo assumida a especificidade deste tipo de cuidados em termos de referênciação, por privilegiar o fator tempo, em detrimento das distâncias quilométricas e dos critérios tradicionais de áreas de influência geográfica dos hospitais;
91. Ainda, considerado o enfoque dado à Via Verde pré-hospitalar, no sentido de uma referênciação eficaz, esta deverá ter em consideração os critérios diagnósticos de fase aguda, o conhecimento das Unidades mais adequadas para o encaminhamento dos doentes, o tempo decorrido desde o início dos sintomas/sinais, o tempo necessário para o transporte e a disponibilidade de internamento de cada Unidade;
92. As Vias Verdes intra-hospitalares serão da responsabilidade de cada Hospital, *“para o diagnóstico expedito e tratamento rápido das duas situações clínicas, quando o doente procura diretamente o Hospital, por sua iniciativa ou por meios diferentes do INEM”*.
93. Ademais, as Vias Verdes, juntamente com as redes de referênciação, são consideradas um elemento essencial na melhoria das garantias do direito de acesso;

⁸ Cfr. Documento orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2007).

94. Por essa razão, a necessidade de implementação destes Sistemas de Resposta Rápida (Vias Verdes) foi reforçada pela publicação do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho, o qual definiu, para além de uma Rede de Referência genérica de Urgência e Emergência, as Redes de Referência específicas para as quatro Vias Verdes.
95. Com alusão específica, no seu artigo 14.º à Via Verde AVC, estabelecendo que:
- “[...]
- 1. Todos os SUMC [Serviço de Urgência Médico – Cirúrgico] e SUP [Serviço de Urgência Polivalente] devem ter a capacidade para o diagnóstico clínico e imagiológico de AVC agudo, bem como para efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação.*
- 2. Deve, ainda, ser constituída a capacidade para realização de técnicas de re-permeabilização intra-arterial em alguns dos SUP da Rede, de forma a garantir o acesso a estas metodologias de tratamento nas regiões de mais elevada casuística.*
- 3. A complexidade e a exigência técnica da abordagem referida no número anterior, bem como os casos atualmente selecionados para a sua realização, recomendam uma rigorosa definição da sua localização e Rede de Referência”.*
96. Ainda, por via do Despacho n.º 14041/2012, de 23 de outubro⁹, para promover a correta referência dos doentes urgentes e ou emergentes, que lhe compete, o INEM dispõe dos CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes), cujas atribuições são reguladas no referido Despacho, e aos quais compete, com relevância para o caso em apreço, nos termos do n.º 2:
- “[...]
- f) Coordenar a decisão sobre referência primária e secundária de todos os doentes urgentes e ou emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e ou Cuidados Intensivos, em particular a referência das Vias Verdes.”.*
97. O que decorre da competência atribuída ao INEM de promover, coordenar, assegurar e monitorizar a orientação dos doentes urgentes das vias verdes instituídas pelos programas nacionais;
98. E resulta, igualmente, do *supracitado* Despacho n.º 10319/2014, que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), onde é destacada a

⁹ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 209, de 29 de outubro de 2012.

competência do INEM em termos de orientação dos doentes nas Redes de SU, redes de referência específicas de urgência e Vias Verdes existentes¹⁰;

99. Refira-se ainda que nos termos do documento “*Redes de Referência Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC*” de 2006, “*Sempre que o médico responsável pela Via Verde assim o entenda, deverá ser promovida a transferência do doente para uma U-AVC de outro hospital*”;
100. Sendo que o transporte inter-hospitalar “[...] *será preferencialmente da responsabilidade do INEM ou na sua falta por outra ambulância medicalizada*”;
101. E que “*Quando entendido pela U-AVC de acolhimento e em articulação com a U-AVC de origem, poderá o doente ser devolvido a esta última, ficando sob sua responsabilidade a transferência para uma enfermaria, caso se julgue não justificada a permanência na U-AVC*”;
102. Concluindo que “[...] *as U-AVC devem estar articuladas com um ou mais serviços hospitalares de modo a assegurarem, em contínuo, a recepção dos doentes, garantindo os cuidados subsequentes e permitindo um escoamento que evite o bloqueamento da U-AVC.*”.

IV. Análise da situação concreta

IV.1 Da situação do utente M.C.

103. Face à situação em causa nos presentes autos importa, por um lado, avaliar os constrangimentos verificados no atendimento do utente M.C. e, por outro lado, averiguar o funcionamento e o cumprimento de protocolos, regras e procedimentos no serviço de urgência do CHL, por forma a evitar a repetição futura de situações como a verificada nos presentes autos.
104. Assim, a atuação da ERS sobre a situação em causa estará delimitada às suas atribuições e competências, designadamente no que toca a “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.
105. 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 assegurar de forma permanente, efetiva e em tempo útil a prestação de cuidados de

¹⁰ Cfr. artigo 18.º do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho.

saúde que se apresentem como adequados à satisfação das necessidades dos utentes.

106. Ora, das diligências encetadas no presente processo resultaram os factos que de seguida resumidamente se apresentam:

- (i) No dia 29 de setembro de 2015, o CODU do INEM recebeu, pelas 07h15m, uma chamada a solicitar auxílio para o utente M.C.;
- (ii) Pelas 07h18m foi acionada a Ambulância de Emergência Médica (AEM) do INEM de Leiria;
- (iii) Pelas 07h50m o CODU recebeu uma chamada da tripulação do AEM de Leiria, que efetuou a passagem de dados clínicos para análise pelo Médico Regulador do CODU, *“adiantando que os sinais e sintomas apresentados correspondiam a um possível quadro de AVC”*;
- (iv) O *“Médico Regulador do CODU deu indicação para o doente ser transportado para o Hospital de Leiria”*, sem que, contudo, fosse acionada pelo INEM a Via Verde AVC;
- (v) O utente deu entrada no Serviço de Urgência (SU) do HSA-CHL tendo sido triado, pelas 08h01m, com pulseira amarela/urgente (fluxograma: 8-Comportamento estranho; Discriminador: Novos sintomas/ sinais neurológicos), com a indicação de *“Doente enviado por disartria, desvio da comissura labial e hemiparesia à esq. Com início pelas 6h”*;
- (vi) Pelas 09h21m, o clínico de Medicina Interna refere: *“Doente com 76 anos que hoje pelas 06h da manhã [...] começou a sentir falta de força no hemicorpo esquerdo, já não conseguindo voltar a deitar-se normalmente. Seriam 06h10 quando os sintomas começaram”*, tendo prescrito a realização de TAC-CE ao utente;
- (vii) Pelas 10h26m existe nova observação por Medicina Interna: *“Pedi observação pela neurologia”*;
- (viii) Pelas 10h42m o utente é observado por Neurologia, tendo o clínico registado: *“Hemiparesia direita (grau 3+, proporcional) com instalação aguda hoje pelas 6h10, pouco depois de se ter levantado. [...] Sem janela terapêutica para fibrinólise. Sugere-se vigilância da evolução clínica, controlo dos factores de risco vascular, [...]”*;
- (ix) E pelas 12h16m, nas notas de Medicina Interna, pode ler-se *“Observação pela neurologia – sem indicação para fibrinólise. TC-CE sem evidência de hemorragia ou*

isquémica aguda – pela clínica, é AVC isquémico em fase isodensa. Para internar e encaminhar para fisioterapia [...]”.

107. Aqui chegados, e de acordo com o parecer do perito médico consultado pela ERS, constata-se que *“o utente, M.C., teve um AVC isquémico, com início provável por volta das 06h00m da manhã do dia 29 de setembro de 2015”.*
108. Sendo tal facto inclusive corroborado pelo próprio INEM, quando refere nos autos que *“Às 07h50m o CODU recebeu uma chamada da tripulação do AEM de Leiria, que uma vez no local efetuou a devida passagem de dados clínicos [...], adiantando que os sinais e sintomas apresentados correspondiam a um possível quadro de AVC”.*
109. A este respeito cumpre, antes de mais, referir que uma das principais atribuições do CODU é, precisamente, a de *“Coordenar a decisão sobre referência primária e secundária de todos os doentes urgentes e ou emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e ou Cuidados Intensivos, em particular a referência das Vias Verdes”* (cfr. n.º 2, alínea f) do Despacho n.º 14041/2012, de 23 de outubro).
110. Sendo certo que, como consta do *“Documento orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)”* de 2007, o *“sucesso da implementação das VV dependerá [...] também do diagnóstico ou suspeita diagnóstica efetuados na fase pré-hospitalar e do encaminhamento para os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas, atempadamente, por parte do INEM”.*
111. Mais, as *“Vias Verdes pré-hospitalares [...] envolvem directamente o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no diagnóstico, eventual tratamento pré-hospitalar e adequado encaminhamento para os Hospitais com as melhores condições de confirmação diagnóstica e tratamento subsequente e com disponibilidade logística para a recepção dos doentes. As VV pré-hospitalares de EAM ou de AVC, devem ter em consideração os critérios diagnósticos de fase aguda, o conhecimento das Unidades mais adequadas para o encaminhamento dos doentes, o tempo decorrido desde o início de sintomas/sinais, o tempo necessário para o transporte e a disponibilidade de internamento de cada Unidade. Deve, assim, ser privilegiado o factor TEMPO (para o tratamento), em detrimento das distâncias quilométricas e dos critérios tradicionais de áreas de influência geográfica dos hospitais.”.*
112. Contudo, constata-se que *in casu* apesar de ter sido indicado ao Médico Regulador do CODU *“que os sinais e sintomas apresentados correspondiam a um possível quadro de AVC”*, certo é que o INEM não acionou a Via Verde AVC, como procedimento adequado ao estado clínico do utente.

113. Não se compreendendo sequer a argumentação aduzida nos autos pelo INEM, ao referir que *“o doente ter-se-á levantado perto das 6 horas apresentando já nessa altura as queixas transmitidas, designadamente falta de força, não tendo por este motivo, e no caso em apreço, sido possível determinar o tempo de evolução da sintomatologia, informação crucial para determinar a viabilidade de inclusão na Via Verde AVC.”*.
114. Sendo, de todo, ilógico que, perante *“um possível quadro de AVC”*, o Médico Regulador do CODU pretenda que o utente se recorde da exata hora em que se iniciaram os sintomas para, nesse caso, *“determinar a viabilidade de inclusão na Via Verde AVC”*.
115. E disso fazendo depender o acesso, encaminhamento e tratamento adequado, planeado e expedito de uma situação clínica grave, como era a do utente M.C..
116. Pois que, como é consabido, o acionamento das Vias Verdes é essencial ao acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde necessários, bem como ao tratamento mais eficaz, dado que o fator tempo entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é, nestes casos, fundamental para a redução da taxa de mortalidade.
117. Do exposto resulta, pois, que a conduta do INEM não se revelou consentânea com a garantia dos direitos e interesses legítimos do utente, em especial o direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde, adequados à sua situação clínica, e prestados em tempo útil.
118. Acresce que, o Serviço de Urgência do HSA–CHL é, como ficou demonstrado *supra*, um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).
119. O que, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, o obrigava a possuir as seguintes *“valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: a) Medicina Interna; b) Pediatria; c) Cirurgia Geral; d) Ortopedia; e) Anestesiologia; f) Imuno -Hemoterapia; g) Bloco Operatório (em permanência); h) Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC); i) Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos)”*.
120. Bem como o apoio de algumas especialidades, como o caso de neurologia, que se deveria materializar *“de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referência”*.
121. Sendo certo que, os SUMC devem ter a capacidade para o diagnóstico clínico e imagiológico de AVC agudo e, bem assim, para efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação (cfr. n.º 1 do artigo 14.º do Despacho n.º 10319/2014).

122. Ora, de acordo com a avaliação do perito médico, verifica-se que “[...] *no momento da triagem, não foi ativada a Via Verde AVC, possivelmente pelo facto de, à data, o CHL não ter implementado o procedimento para o efeito*”;
123. O que é corroborado pelo próprio CHL, ao informar que à data dos factos apenas tinha instituído o procedimento para realização da fibrinólise em utentes com AVC, mas não tinha ainda implementado o procedimento intra-hospitalar para ativação da respetiva Via Verde, cuja existência já seria imperativa, pelo menos desde 30 de junho de 2015, nos termos do n.º 1, do artigo 23.º do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho
124. Donde se infere que, apesar da condição clínica do utente o justificar não foi ativada a Via Verde AVC, com os inerentes constrangimentos no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde necessários e em tempo clinicamente aceitável.
125. Sendo certo que o CHL, apenas posteriormente à situação relatada, implementou o procedimento intra-hospitalar para ativação de Via Verde, por deliberação do Conselho de Administração, de 27 de outubro de 2016.
126. Por todo o vindo de expor, considera-se pertinente a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, por forma a assegurar o respeito pelos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado, bem como a garantir o cumprimento do procedimento intra-hospitalar para ativação de Via Verde, obviando à repetição de situações futuras de índole idêntica à ocorrida.

IV.2 Da situação do utente A.C.M.

127. Conforme acima se expôs, a denúncia apresentada pela exponente A.M. põe em causa a atuação do Serviço de Urgência do HSA-CHL, no que respeita à administração da oxigenoterapia prescrita ao seu pai, o utente A.C.M..
128. Assim, da análise dos elementos carreados para os autos, resulta que:
- (i) O utente A.C.M. deu entrada no SU do HSA-CHL, em 18 de janeiro de 2016, pelas 19h36m, tendo sido triado com pulseira amarela/urgente;
 - (ii) Pelas 21h55m, cerca de 2h30m após ter sido admitido, o utente é chamado para observação médica, ficando registado na ficha “*Recorre ao SU por tosse com 5 dias de evolução [...] P: Peço rx tórax, análises, GSA e médico.*”;
 - (iii) Pelas 22h41m o utente é observado por Medicina Interna, ficando registado na ficha: “*Doente refere dificuldade em alimentar-se desde Sábado com vômitos*”;

- (iv) Existe uma informação no registo de enfermagem, pelas 23h01m, que refere *“Mantém tratamento e vigilância”*;
 - (v) E, pelas 01h09m de dia 19 de janeiro de 2016, surge novo registo de enfermagem: *“Aguarda ser deitado em maca”*;
 - (vi) Pelas 02h34m, nova observação *“deitado na maca 34”*;
 - (vii) Às 07h32m o utente é novamente observado por Medicina Interna, ficando registado no seu processo clínico que *“Inicia antibioterapia”*, com prescrição de *“Oxigenoterapia Para sat O2>95%”*;
 - (viii) Com novo registo de enfermagem, pelas 07h37m, a referir *“Fica com O2 por MV a 28%”*;
 - (ix) Às 13h50m o utente dá entrada na sala de emergência, constando o seguinte registo da ficha clínica: *“Doente 71anos de idade, que se encontrava na área amarela, foi trazido para a sala de emergência em PCR. [...]”*.
129. Face à factualidade apurada é possível então concluir, em primeiro lugar, que, no dia em causa e na situação em análise, os procedimentos relativos à triagem e subsequente atendimento médico não terão sido corretamente seguidos.
130. Com efeito, e apesar de ter sido triado com prioridade amarela/urgente, pelas 19h36m;
131. O utente apenas teve a 1.^a observação médica pelas 21h55m.
132. Sendo que, segundo as regras do Sistema de Triagem de Manchester, o tempo-alvo de atendimento de utentes triados com cor amarela não deve ultrapassar, no máximo, 60 minutos.
133. Isso mesmo decorre do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, e da Norma 002/2015, de 6 de março de 2015, da Direção Geral da Saúde.
134. Acresce que, no que respeita à administração da oxigenoterapia prescrita ao utente, veio o CHL esclarecer os autos, informando que *“na manhã de 19/01/2016, foi prescrito oxigenoterapia ao doente e foi-lhe colocada M.V. a 28%, tendo sido dadas indicações para se ajustar oxigenoterapia até obter Sat. O2 > 95%”*.
135. Indicação que, segundo o próprio CHL, terá sido cumprida pela equipa de enfermagem.
136. Mais refere o prestador que *“os relatórios da RMN-CE e da eletroneurologia apontam, nas alterações encontradas, para sequelas relacionadas com as doenças crónicas do doente”* e não para eventuais falhas na administração da oxigenoterapia prescrita.

137. A este respeito, refere o perito médico consultado pela ERS que *“A resposta fornecida pela Instituição assume que o O2 foi prescrito e que estaria a ser administrado. É igualmente verdade que, provavelmente não terá sido a eventual falta deste que terá condicionado o agravamento da situação clínica do doente e consequente paragem cardio-respiratória. Assim, do ponto de vista clínico parece não ter havido violação das “legis artis”.*”.
138. No entanto, e não obstante o parecer do perito médico consultado pela ERS, não se pode olvidar que, no caso em apreço, o utente ficou deitado em maca, no Serviço de Urgência do CHL, desde as 02h34m do dia 19 de janeiro de 2016;
139. Sendo que, pelo menos desde as 07h37m até às 13h46m – altura em que o utente sofreu uma paragem cardiorrespiratória e foi levado para a sala de emergência –, o registo clínico é completamente omissivo quanto aos concretos cuidados que estavam a ser prestados ao utente.
140. Cumprindo, pois, considerar que os procedimentos assistenciais empregues pelo Serviço de Urgência dos CHL não foram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos do utente A.C.M., o que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à proteção da saúde e à continuidade dos cuidados prestados.
141. Na medida em que o prestador poderá não ter acautelado o devido acompanhamento do utente, durante todo o episódio de urgência, garantido uma permanente e efetiva monitorização clínica do mesmo, apta a assegurar que pudesse ser tratado com prontidão e correção técnica.
142. Tendo presentes os factos apurados nos autos constata-se que a conduta do CHL no caso em apreço, não se mostrou apta à garantia do direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e adequados à situação clínica do utente A.C.M..
143. Pelo exposto, considera-se pertinente a emissão de uma instrução ao CHL, no sentido de garantir o cumprimento dos procedimentos instituídos em matéria de acesso e prestação integrada de cuidados de saúde aos utentes que recorram ao Serviço de Urgência do HSA-CHL.

IV.3 Da situação da utente M.R.G.

144. A situação da utente M.R.G. prende-se com o alegado tempo de espera de 6 horas, no Serviço de Urgência do CHL, por consulta de especialidade de neurologia.

145. Com efeito, resulta da análise dos factos recolhidos no decurso das diligências encetadas pela ERS que:

- (i) A utente dirigiu-se às urgências do HSA-CHL, no dia 22 de julho de 2015;
- (ii) Foi triada com cor amarela (urgente), pelas 09h09m, com a seguinte indicação: *“Doente vem por alterações da visão (diplopia). Esteve ontem neste SU pelo mesmo motivo e foi observada pela oftalmologia. Com indicação para regressar hoje para observação pela neurologia”*;
- (iii) Teve a 1ª observação, pelas 09h17m, tendo sido registado no processo clínico *“Paciente assistida ontem pela oftalmologia, no contexto de alterações visuais/diplopia e encaminhada para a urgência a fim de ser avaliada pela neurologia. Encaminhado para Neurologia.”*;
- (iv) Foi observada por neurologia, às 16h12m, tendo sido solicitada a realização de TAC-CE;
- (v) O resultado do exame foi registado às 22h39m;
- (vi) A utente foi então encaminhada para Medicina Interna, tendo sido observada às 23h12m, tendo sido decidido que ficava internada para *“estudo analítico”*;
- (vii) Nas observações de neurologia consta a informação de que tem *“consulta marcada para 28/7”*.

146. Temos assim que, a utente foi sujeita a um tempo de espera de 6 horas no SU do CHL, para ser atendida por neurologia.

147. E, embora tenha a *final* sido garantido o acesso à consulta que a utente necessitava, a conduta do Serviço de Urgência do CHL pode não se ter revelado suficiente à cautela dos direitos e interesses legítimos da utente, senão vejamos,

148. O SU do CHL é, como vimos *supra*, caracterizado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, sendo que, nos termos do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto do Secretário de Estado da Saúde, não necessita de assegurar urgência de neurologia permanentemente, sendo que o apoio nessa especialidade *“[...] deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referência”*.

149. No entanto, à data dos factos, e de acordo com a informação prestada pelo CHL: *“Os médicos especialistas de Neurologia [...] prestavam apoio ao Serviço de Urgência, dentro do seguinte horário:*

- 2ªs e 5ªs feiras, das 09:00H às 12:00H e das 15:00H às 21:00H -1 médica

- 3^{as} feiras, das 09:00H às 12:00H e das 15:00H às 20:00H -1 médico
- 4^{as} feiras, das 09:00H às 12:00H e das 15:00H às 21:00H -1 médica
- 6^{as} feiras, das 16:30H às 20:00H -1 médica [...].”

150. Adicionalmente, o CHL informou que na ausência de equipa de neurologia no Serviço de Urgência, “os doentes são assumidos pela Medicina Interna”, por forma a assegurar a observação/acompanhamento dos utentes que recorram ao SU e necessitem dessa especialidade.
151. Pelo que se mostra irrazoável e desproporcional o período de tempo – 6 horas – que a utente M.R.G. teve de aguardar pela consulta de neurologia.
152. Pois que, se a utente recorreu ao SU do CHL pelas 09h09m, do dia 22 de julho de 2015, uma 4.^a feira;
153. E, se de acordo com a informação do CHL, os médicos especialistas de Neurologia prestavam apoio ao Serviço de Urgência, às “4^{as} feiras, das 09:00H às 12:00H e das 15:00H às 21:00H”;
154. A partir das 09h00 desse dia 22 de julho de 2015, o prestador dispunha de um médico neurologista fisicamente presente;
155. Pelo que, não é de todo admissível que a utente, triada com prioridade amarela, esteja a aguardar por uma consulta, em contexto de urgência, até às 16h12m, estando o médico neurologista presente no CHL desde as 09h00m.
156. Não obstante, cumpre referir que por deliberação posterior do Conselho de Administração do CHL, a partir de 1 de outubro de 2016, o apoio de neurologia ao Serviço de Urgência do CHL passou a ter um horário mais alargado.
157. Com efeito, e conforme consta da Circular Informativa n.º 122, de 16 de dezembro de 2016, “O Conselho de Administração, em 2016.09.08, deliberou que a partir do dia 1 de Outubro de 2016 iniciar-se-ia a atividade de internamento do Serviço de Neurologia. Esta decisão implicou, entre outras situações, a reformulação dos horários dos médicos do Serviço de Neurologia.

Assim, e no que diz respeito à Urgência, o apoio do Serviço de Neurologia será assegurado da seguinte forma:

- Todos os dias úteis (exceto em caso de férias ou impedimentos legais do médico escalado), no período das 9h00 às 16h00 e das 18h00 às 21h00 horas.
- Quando o apoio é assegurado pelo Diretor do Serviço, o horário é das 8h00 às 16h00 e das 18h00 às 20h00 horas.

O Neurologista de apoio poderá ser contactado através da extensão: 3700”.

158. O que poderá revelar-se suficiente para garantir a integração e tempestividade dos cuidados prestados e, bem assim, que situações idênticas à dos presentes autos, no que se refere ao tempo de espera para atendimento na especialidade de neurologia, não se repitam.
159. Só dessa forma se assegurando o cumprimento do disposto no artigo 4.º 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),
160. Estipulando ainda o n.º 3 da mesma norma que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*”.
161. Em face do exposto, mostra-se adequada uma intervenção regulatória no sentido de instruir o prestador de que os cuidados de saúde devem ser sempre prestados em tempo adequado, humanamente, com prontidão e respeito, de modo a garantir a continuidade dos cuidados de saúde prestados.

IV.4 Conclusões

162. As situações trazidas ao conhecimento da ERS evidenciam a necessidade de uma intervenção regulatória, à luz das suas competências, no sentido de serem corrigidas as falhas existentes nos procedimentos adotados pelo CHL e subjacentes ao funcionamento do Serviço de Urgência do HSA.
163. Com efeito, constatou-se que a conduta do CHL não foi garantística dos direitos e interesses legítimos dos utentes M.C., A.C.M. e M.R.G., em especial o direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e adequados à situação clínica dos utentes.
164. A este respeito, recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados, que implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, de normas de acreditação e certificação, é, indubitavelmente, uma garantia de um acesso aos cuidados qualitativamente necessários e adequados;
165. Sendo esta vertente uma preocupação amplamente reconhecida e incorporada nas boas práticas clínicas, bem como nas mais diversas orientações emitidas pelas entidades competentes.

166. Na medida em que a existência e conhecimento de procedimentos é uma garantia de qualidade da prestação de cuidados de saúde, que diminui os riscos à mesma associados, previne a ocorrência de erros por parte dos diversos profissionais envolvidos, promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
167. Por todo o vindo de expor, considera-se pertinente a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, no sentido de garantir o acesso à prestação integrada e atempada de cuidados de saúde aos utentes que recorram ao Serviço de Urgência do CHL, de modo a obviar à repetição de situações futuras de índole idêntica às ocorridas.

V. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

168. 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 de Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido notificados para se pronunciarem relativamente ao projeto de deliberação da ERS, no prazo de 10 dias úteis, o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e as exponents F.C., A.M. e M.G., estas em nome dos utentes M.C., A.C.M. e M.R.G., respetivamente.
169. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS recebeu a pronúncia do prestador Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. e do Instituto Nacional de Emergência Médica.
170. Por mensagem de correio eletrónico de 16 de agosto de 2017, a reclamante A.M. veio aos autos apenas declarar nada ter a opor ao projeto de deliberação, concretamente afirmando que “[...] *reitero da vossa conclusão emitida na página 43 entre o ponto 138 e 143 e saliento que, apesar de o Hospital de Leiria insistir nos diversos problemas de saúde de meu pai (há anos utente do mesmo) como causa do seu estado hoje, a verdade é que o próprio Hospital não zelou minimamente por um doente que o próprio hospital define como "doente de risco", refugiando-se nos antecedentes clínicos de meu pai como "desculpa" pelas más práticas e faltas de cuidados sucedidos no episódio de urgência que levou ao episódio da paragem. [...]*”.
171. Por ofício datado de 11 de agosto de 2017, tomou a ERS conhecimento da pronúncia aduzida pelo CHL, concretamente informando esta Entidade do seguinte:

“[...]”

Sobre a comunicação de V. Exa. referida em epígrafe e nos termos do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, gostaríamos de informar que este Centro Hospitalar procedeu recentemente à revisão e actualização dos seguintes procedimentos e regulamento, que consideramos responderem às recomendações dessa Entidade Reguladora:

- *Regulamento do Serviço de Urgência Geral do CHL*
- *Procedimento de “Encaminhamento do Doente com suspeita de AVC”*
- *Procedimento “Circuito de Doentes no Serviço de Urgência”*
- *Procedimento “Gabinete de Informações do Serviço de Urgência Geral do HSA” [...].*

172. Analisada a pronúncia do CHL verifica-se, desde logo, que o prestador não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;

173. Antes pelo contrário, apresentou um conjunto de medidas já em execução e que são demonstrativas da intenção de adequação do seu comportamento ao projeto de deliberação da ERS.

174. Cumpre, por isso, notar que o prestador procurou, logo em sede de audiência de interessados, demonstrar o cumprimento das alíneas (ii), (iii) e (iv) da instrução proposta, que preceituavam o seguinte:

“[...]”

- (ii) *Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade 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;*
- (iii) *Garantir, em permanência, o respeito dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, assegurando a correta utilização do procedimento intra-hospitalar de ativação da Via Verde AVC, por forma a assegurar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável;*
- (iv) *Implementar procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes sejam devidamente monitorizados e*

acompanhados, de forma consentânea com a verificação de eventuais alterações do seu estado de saúde, que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas; [...]”.

175. Com efeito, constata-se que o prestador instituiu um Procedimento de controlo do circuito de doentes no Serviço de Urgência do CHL e, bem assim, procedeu à alteração do Regulamento do Serviço de Urgência Geral, o que poderá ser apto à diminuição dos períodos de espera para atendimento dos utentes e ao cumprimento dos tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester, bem como à prestação de cuidados de saúde de forma tempestiva e integrada.
176. Acresce que o prestador adotou um Procedimento interno para assegurar o encaminhamento de utentes com suspeita de AVC, que se poderá revelar consentâneo com a garantia de acesso dos utentes aos cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável, através da correta utilização do procedimento intra-hospitalar de ativação da Via Verde AVC.
177. Medidas que denotam, pois, um comportamento tendente ao cumprimento da deliberação emitida pela ERS, passando, no entanto, a ser necessário salvaguardar o correto cumprimento dos procedimentos implementados pelo prestador.
178. Nestes termos, tendo em vista garantir uma efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, a adequação integral e permanente do comportamento do prestador, para evitar que situações como as dos presentes autos se voltem a repetir, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS, nos termos *infra* delineados.
179. Posteriormente, por ofício rececionado pela ERS em 22 de agosto de 2017, o INEM pronunciou-se nos seguintes termos:

“[...]”

Sobre o Projeto de Deliberação da Entidade Reguladora da Saúde, emitido no âmbito do Processo de Inquérito N.º ERS/015/2017, vem o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), em sede de audiência de interessados, nos termos e para os efeitos do artigo 121 do Código do Procedimento Administrativo, emitir a sua pronúncia, o que faz nos seguintes termos:

O INEM entende ser importante clarificar que não foi possível confirmar com exatidão as informações transmitidas telefonicamente, à data da ocorrência, ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, quer pela contactante quer pela tripulação do INEM, pelo facto das chamadas telefónicas já não se encontrarem

disponíveis (Deliberação 629/2010, Comissão Nacional de Proteção de Dados). Por este motivo, as explicações facultadas pelo INEM à reclamante, filha do doente, bem como à ERS, tivera por base a informação que se encontra registada nos suportes documentais do INEM bem como o estado da arte sobre o Acidente Vascular Cerebral.

No que respeita à actuação do INEM, importa esclarecer que à data da ocorrência, 29 de setembro de 2015, e em função das recomendações médicas em vigor, um dos critérios para inclusão de doentes na Via Verde do AVC era que o início dos sintomas tivesse acontecido até 4,5 horas, tendo como referência a hora em que foi presenciado o início dos sintomas ou a hora em que o doente foi visto a última vez sem sintomas. Assim, analisando a informação registada nos suportes documentais do INEM, não foi possível na situação em análise determinar a hora de início dos sintomas para poder ser considerada a inclusão do doente na Via Verde do AVC.

Em relação ao ponto “IV-Análise da situação concreta” e conforme referido no número 111 da deliberação, deve ter-se em consideração “o tempo decorrido desde o início dos sintomas/sinais, o tempo necessário para o transporte e a disponibilidade de internamento em cada Unidade”, constante do Documento Orientado para as Vias Verdes do AEM e AVC (2007), critério este que na situação em concreto não foi possível determinar. Na situação em análise, e em função dos registos do INEM, o doente levantou-se pelas 6:00 horas apresentando já sinais/sintomas compatíveis com um quadro de AVC, impossibilitando determinar se o doente poderia ser incluído na janela temporal (4,5 horas) da Via Verde AVC.

Também no número 112 do Projeto de Deliberação da ERS é referido que “os sinais e sintomas apresentados correspondiam a um possível quadro de AVC”, o que efetivamente pode ser confirmado nos registos do INEM. No entanto, este instituto não pode acompanhar a conclusão da ERS que refere que “certo é que o INEM não acionou a Via verde AVC como procedimento adequado ao estado clínico do utente” uma vez que não foi possível determinar se o doente obedecia ao critério que determina que o início dos sintomas deve ser inferior a 4,5 horas. Assim, o doente apresentava efetivamente sinais e sintomas compatíveis com um quadro de AVC mas por não ter sido possível determinar a hora de início da sintomatologia, não foi possível considerar que o doente reunia os critérios definidos para inclusão numa Viva Verde do AVC.

Pelo exposto, o INEM não pode concordar com o referido nos números 113 a 117 do Projeto de Deliberação da ERS, reafirmando que o tempo de evolução da

sintomatologia, em caso de AVC, é crucial para determinar a viabilidade de inclusão de qualquer doente na respetiva Via Verde.

O INEM reitera, assim, a informação prestada anteriormente à ERS através do Ofício 3329 de 22 de junho de 2017, e à reclamante, filha do doente, através do ofício 3330 da mesma data. [...]”.

180. Faz-se, desde já, notar que os argumentos aduzidos na pronúncia do INEM foram devidamente considerados e ponderados pela ERS.
181. No entanto, o INEM limita-se a replicar informações já anteriormente transmitidas à ERS, as quais, ademais, não se encontram fundamentadas em quaisquer factos novos, nem sequer suportadas em quaisquer elementos de prova, seja documental ou outra, apresentados na sua pronúncia;
182. Pelo que das mesmas não resulta uma alteração no sentido da decisão que a ERS pretende emitir.
183. Assim, importa reiterar que, da análise de todos os factos constantes dos autos resulta que a conduta do INEM, relativa à situação concreta analisada, não se revelou suficiente à cautela dos direitos e interesses legítimos do utente M.C..
184. Razão pela qual se considera necessária uma intervenção regulatória, tendo em vista, desde logo, a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações decorrentes das regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de encaminhamento de doentes com suspeita de AVC;
185. Tudo para que seja possível no futuro evitar a ocorrência de situações concretas como aquela que deu origem à abertura dos presentes autos.
186. Nestes termos, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS nos termos *infra* delineados.

VI. DECISÃO

187. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º, e da alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., no sentido de:
 - (i) Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, 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;

- (ii) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade 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;
- (iii) Garantir, em permanência, o respeito dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, assegurando a correta utilização do procedimento intra-hospitalar de ativação da Via Verde AVC, por forma a assegurar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável;
- (iv) Implementar procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados, de forma consentânea com a verificação de eventuais alterações do seu estado de saúde, que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas.

188. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1.000,00 a € 44 891,81, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

189. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma recomendação ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. no sentido de:

- (i) Garantir, de forma permanente, a prossecução das suas competências de promoção da resposta integrada ao doente urgente/emergente, de promoção da correta referenciação do doente urgente/emergente, de promoção da

coordenação, monitorização e orientação dos doentes urgentes em consonância com as Vias Verdes instituídas pelos programas nacionais;

- (ii) Dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis após a notificação da decisão final, dos procedimentos adotados para o efeito.

Porto, 7 de setembro 2017.

O Conselho de Administração.