

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/053/2016;

## **I. DO PROCESSO**

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

1. A 13 de julho de 2016 a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, através das notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, dos factos relativos ao falecimento do utente J., por, alegadamente, não ter tido acesso a observação pela especialidade de neurocirurgia na sequência de alegada rutura de aneurisma, sendo que para o referido desfecho terá concorrido a falta de articulação entre os serviços de urgência do Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. (unidade onde deu entrada), do Centro

Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. – Hospital de S. José, do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. – Hospital de Santa Maria, do Hospital Garcia de Orta, E.P.E – todos prestadores integrados na Urgência Metropolitana de Lisboa estando ainda em causa a articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

2. Após a adoção das diligências tidas por necessárias no âmbito do processo de avaliação registado sob o n.º AV/124/2016, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o Conselho de Administração da ERS deliberou, por despacho de 31 de agosto de 2016, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/053/2016, com o intuito de carrear outros elementos de análise para os autos, e de avaliar os concretos comportamentos adotados por cada um dos prestadores *supra* referidos, pelo CODU e ainda pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARS LVT), quer na prestação de cuidados de saúde no âmbito da Via Verde AVC, quer no âmbito da implementação da Urgência Metropolitana de Lisboa – modelo de referência do doente neurovascular.

## I.2 Diligências

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

(i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, onde se constatou que o Centro Hospitalar do Medio Tejo, E.P.E (CHMT), se encontra registado no SRER da ERS, sob o n.º 10593, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. (CHLC) – Hospital de S. José, sob o n.º 10592, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. (CHLN) – Hospital de Santa Maria, sob o n.º 18707 e o Hospital Garcia de Orta, E.P.E (HGO) sob o n.º 10931;

(ii) Pedido de elementos ao CHMT em 14 de julho de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 22 de julho de 2016;

(iii) Pedido de elementos ao INEM em 14 de julho de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 21 de julho de 2016;

(iv) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos ao CHLC em 19 de setembro de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 30 de setembro de 2016;

(v) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos ao CHLN em 19 de setembro de 2016, e análise da respetiva resposta rececionada em 19 de outubro de 2016;

(vi) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos ao HGO em 19 de setembro de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 4 de outubro de 2016

(vii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos à ARS-LVT em 19 de setembro de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 4 de outubro de 2016;

(viii) Pedido de parecer técnico a consultor médico da ERS a 21 de junho de 2017.

## II. DOS FACTOS

### II.1. Da notícia veiculada pela comunicação social

4. De acordo com os factos veiculados pelos meios de comunicação social:

*“[...] O doente deu entrada no centro Hospitalar do Médio Tejo, em Abrantes, com hemorragia cerebral, vítima de aneurisma. Tendo em conta a gravidade, dos sintomas, os médicos de Abrantes decidiram transferir o doente, por falta de capacidade para a cirurgia.*

*Eram dez horas de terça-feira quando a decisão de transferência foi tomada e acionado o INEM para ao transporte aéreo e localização de vaga. Só que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes não ajudou na procura de vagas para esta situação e o helicóptero não foi logo acionado, poupando tempo que é vital neste quadro clínico. [...]*

*A equipa de urgência do Hospital de Abrantes passou então mais de uma hora ao telefone, à procura de vaga, que viria a ser disponibilizada, após um segundo contacto, no Hospital de S. José.*

*Às 13h18, o helicóptero do INEM aterra em Abrantes e faz o transporte do doente que viria a sofrer uma paragem cardiorrespiratória durante o voo, que foi revertida pela tripulação. Às 14h05, quando o doente chega ao Hospital de S. José, sofre nova paragem respiratória e viria a morrer, antes de entrar no bloco operatório.*

*[...] O Ministério da Saúde não explica porque não foi o INEM através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes a procurar vaga de neurocirurgia nem tão pouco porque só após um segundo contacto é que o Hospital de S. José garantiu vaga para este doente.*

*Já quanto ao facto de não acionar logo o transporte do doente, enquanto decorria a procura de vaga, o gabinete do Ministro da Saúde justifica com o facto de “o helitransporte de qualquer doente obrigar ao cumprimento de procedimentos específicos, de modo a garantir a máxima segurança durante esse transporte. [...]” – cfr. notícia veiculada pela TSF, em 13 de julho de 2016, junta aos autos.*

5. Nesse âmbito, em 14 de julho de 2016, foram solicitados ao CHMT os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Explicitem de forma fundamentada a situação descrita na referida notícia;*
2. *Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente);*
3. *Envio de cópia, acompanhada de todos os elementos documentais necessários e relevantes à análise do caso concreto, do relatório de transferência da Unidade de Abrantes para o Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de S. José, em 12 de julho de 2016;*
4. *Envio de cópia, acompanhada de todos os elementos documentais, do relatório de entrada no serviço de urgência na Unidade de Abrantes, em 12 de julho de 2016;*

“[...]”

6. Em resposta ao pedido de elementos *supra*, veio o CHMT esclarecer o seguinte:

“[...] A referida notícia respeita ao utente J. com o número SNS [...]”.

*De modo a explicar a situação, remetemos relatório médico efetuado pela Sr.<sup>a</sup> Diretora do Departamento de Urgência, onde é descrito o motivo de admissão à urgência do utente em causa, a situação clínica apresentada e os antecedentes documentados, as decisões tomadas e diligências efetuadas no sentido da transferência do mesmo para um serviço de Neurocirurgia.*

“[...]”;

7. Tendo junto, em anexo à sua resposta, os seguintes documentos:

i) relatório médico, datado de 18 de julho de 2016, subscrito pela Diretora do Departamento de Urgência, que para o que ao presente processo importa, se transcreve:

“[...] O Senhor J., de 75 anos de idade, [...] deu entrada no serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHMT, Unidade de Abrantes, no dia 12/07/2016, pelas 09h28

[...], transportado com o apoio da VMER, ativada por o utente ter sido encontrado inconsciente no Domicílio- GCS 4/6.

*Utente com história prévia de Diabetes Mellitus tipo2, com complicações micro e macrovasculares (doença renal crónica, cardiopatia isquémica e encefalopatia vascular) e com internamento em junho de 2016 por Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico com hemiparesia direita sequelar em recuperação.*

*À admissão na Sala de Emergência estava sob sedação [...] com proteção da via aérea com entubação orotraqueal. [...] Foi pedida colaboração da equipa médica da Unidade de Cuidados Intensivos para estabilização do utente que foi conectado ao ventilador. O utente foi de imediato deslocado com acompanhamento médico ao Serviço de Imagiologia para realização de TAC CE que revelou extensa hemorragia subaracnoídea bi-hemisférica por provável rutura aneurismática (cópia do relatório em anexo). Realizou análises sanguíneas (resultados em anexo).*

*Cerca das 10 h foi realizado o primeiro contacto telefónico com equipa de Neurocirurgia do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, através do Dr. [...] que transmitiu que iria saber se teria vaga disponível para receber o utente e que voltaria a contactar. Seguidamente foi contactado o CODU que foi informado da situação clínica do utente e da necessidade da sua transferência urgente para um serviço com disponibilidade de condições técnicas para o seu tratamento, estando no momento apenas a aguardar a confirmação de que este serviço seria o do Hospital de S. José.*

*Num segundo contacto telefónico, o Sr. Dr. [...] informou que no momento não tinham vaga disponível para receber o utente no Hospital de S. José. Num segundo contacto com o CODU, este informou que já tinha meio disponível para o transporte. A equipa médica da Urgência Medico Cirúrgica da Unidade de Abrantes informou que não tendo o Hospital de S. José confirmado a disponibilidade de receber o utente, iria contactar outras unidades hospitalares e que confirmaria logo que tivesse resposta definitiva.*

*De imediato foi contactada a equipa de Neurocirurgia de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, que informou que iria saber se teria vaga disponível para receber o utente e que voltaria a contactar. Num segundo contacto telefónico, foi transmitida a informação de que o Hospital de Santa Maria não tinha disponibilidade de vaga para receber o utente.*

*Seguidamente foi feito o contacto telefónico com a equipa de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta, que após alguns minutos de espera, deu indicação de que também não tinha vaga disponível para receber o utente.*

*Seguidamente foi contactada a equipa de Neurocirurgia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que informou que receberia o utente se os diretores de serviço dos hospitais já contactados confirmassem que não tinham vaga disponível.*

*Cerca das 12 horas, voltou a contactar-se o serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. José, através do Dr. [...] a quem foi exposta a evolução clínica do utente que apresentava hipertensão mantida e bradicardia) e as respostas de todas as unidades contactadas. Após alguns minutos, confirmou que o Serviço receberia o utente. Foi novamente contactado o CODU que ativou o helicóptero e efetivou o transporte da Unidade de Abrantes do CHMT para o Hospital de S. José. [...]” – cfr. relatório médico de 18 de julho de 2016, junto aos autos.*

ii) cópia do Diário Clínico Médico, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

*“[...] 12 de julho de 2016, 11h18*

*TC-CE*

*Descrição das imagens*

*Extensa hemorragia subaracnoídea bi-hemisférica por provável rutura aneurismática.*

*Sugerimos Angio TAC para esclarecimento*

*Plano:*

*Contacta-se neurocirurgia do HSJ. Sem vagas de momento*

*Contacta-se HSM sem vagas*

*Contacta-se H. Garcia de Orta sem vagas*

*Contacta-se HUC sem vagas*

*12 de julho de 2016, 12:05h*

*Contacta-se novamente o H. São José – Dr. [...]*

*Contacta-se CODU*

*Transfere-se para H. São José. [...]*

8. Em 14 de julho de 2016, solicitou-se ainda ao INEM que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Explicitem de forma fundamentada a situação descrita na referida notícia;*
2. *Informem a data e hora em que o INEM teve conhecimento sobre a necessidade de transferência do utente para outra unidade hospitalar mais diferenciada, atendendo ao estado clínico do utente, e quando foi acionado o meio de transporte aéreo do INEM;*
3. *Informem a(s) razão(ões) pela qual(ais) o CODU não prestou informação sobre a unidade hospitalar de referência para a transferência do utente;*
4. *Esclareçam se foram contactadas outras unidades hospitalares, que não o Hospital de referência, com identificação das mesmas, e se foi aferida a capacidade de resposta para a situação concreta;*
5. *Indiquem as data(s) e hora(s) do(s) contacto(s) efetuados e das unidades hospitalares contactadas para a transferência do utente do Centro Hospitalar do Médio Tejo - Unidade de Abrantes, bem como remetam cópia de toda a informação/comunicações trocada(s) nesse âmbito;*
6. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*

9. Na sua resposta, de 21 de julho de 2016, o INEM veio aos autos informar o seguinte:

“[...] a) No dia 12 de julho de 2016, foi recebida no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), às 10h06m29s, uma chamada do Centro Hospitalar de Médio Tejo (Unidade de Abrantes), realizada pelo Dr. [...] - Medicina Interna, a solicitar um helitransporte, para um doente de 75 anos, entubado e ventilado, com Hemorragia Sub-Aracnoideia (HSA), tendo como destino o Hospital de São José, sendo o contacto o Dr. [...] da Neurocirurgia.

b) Após a triagem realizada pelo CODU (feita por um médico, como determinam as normas), foram iniciados os procedimentos de despacho do Helicóptero de Évora às 10h19m17s, que teria como hora prevista para chegada ao Hospital de Abrantes as 10h55m00s.

c) Às 10h33m08s, o CODU recebe nova chamada do Dr. [...], que informou que afinal não poderia realizar-se o transporte naquele momento, por falta de vaga no

*Hospital de S. José e também no Hospital de Santa Maria. Refere ainda que, assim que arranjar vaga, voltará a solicitar o transporte.*

*d) Às 10h33m47s o Helicóptero de Évora é avisado que a missão fica suspensa.*

*e) Às 11h49m17s há uma nova chamada do Dr. [...], solicitando o transporte do mesmo doente, para a Neurocirurgia do Hospital de José, ao cuidado do Dr. [...] pois já havia vaga. A vaga, de acordo com os procedimentos instituídos, é confirmada pelo CODU de Lisboa.*

*f) Às 11h54m52s é acionado o Helicóptero de Évora.*

*g) Às 12h00m00s está a Caminho do Local e às 12h37m00s chega ao Local (Abrantes).*

*h) Às 13h03m00s é notificada a Academia Militar, onde irá aterrar o Helicóptero, uma vez que o Hospital de S. José não dispõe de heliporto.*

*i) A saída do Centro Hospitalar Médio Tejo (Unidade de Abrantes) para Hospital de S. José ocorre às 13h18m00s.*

*j) Às 13h29m00s foi acionada a Ambulância de Emergência Médica (AEM) Lisboa 15, para dar continuidade ao transporte por via terrestre entre a Academia Militar e o Hospital de S. José.*

*k) Chegada do doente ao hospital às 14h05m00s.*

*Em anexo (Anexo III), envia-se também o registo da missão no INEM (plataforma de gestão de informação do INEM) e (Anexo IV) a fita de tempo desde o acionamento do Helicóptero de Évora até à chegada ao hospital de S. José.*

**Respondendo às questões de forma individualizada, conforme solicitado:**

**1. Explícitem de forma fundamentada a situação descrita na referida notícia;**

*A situação descrita na notícia não corresponde a verdade pois relata a ocorrência atribuindo ao INEM a responsabilidade de procura de vagas no hospital e atraso no acionamento do helicóptero ("o Centro de Orientação de Doentes Urgentes não ajudou na procura de vagas para esta situação e o Helicóptero não foi logo acionado").*

*A este respeito esclarece-se, referindo o seguinte:*

- Quanto à responsabilidade do Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM
  - O INEM, como previsto na sua Lei Orgânica, tem a atribuição específica de "Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente."

- *Os hospitais do SNS não podem desresponsabilizar-se da obrigação de garantir ou promover o tratamento mais adequado dos doentes que recebem, nomeadamente a nível dos SU. Como expresso no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto: "O SU no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência atempada e em segurança, para o SU adequado de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo".*
- *O mesmo Despacho, no caso dos SUMC (como é o caso do Centro Hospitalar Médio Tejo), estipula que, o SUMC (Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico) "mantém a formação permanente em Suporte Avançado de Vida e Transporte de Doente Crítico, sendo este transporte assegurado pelo SUMC sob coordenação do INEM."*
- *E ainda, que "O SU no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência atempada e em segurança, para o SU adequado de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo. Ora nos casos em que seja impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o SU adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de contingência;"*
- *Refira-se ainda as Recomendações da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) relativas ao Transporte de Doentes Críticos, designadamente que "A decisão de transportar um doente crítico é um ato médico. Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do diretor de serviço."*
- *Assim como, "O planeamento da ação é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente, e tomará em consideração os seguintes problemas: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação. Este planeamento deverá incluir, entre outros, escolha e contacto com o serviço de destino, avaliando a distância a percorrer e o respetivo tempo de trajeto estimado."*
- *Sem prejuízo do entendimento de que a responsabilidade para encontrar vagas ou definir o destino dos doentes que necessitem de cuidados que não estão disponíveis na unidade de saúde de origem é responsabilidade da equipa médica/unidade de saúde onde o doente se encontra, o CODU está disponível para*

*colaborar na procura de soluções sempre que para tal for solicitado e desde que isso não implique comprometer o desempenho da sua missão.*

• *Quanto ao acionamento do Helicóptero*

○ *Como reportado atrás, o helitransporte esteve suspenso por falta de vaga no Hospital. A ausência de vaga assegurada no hospital destino apresenta-se como contraindicação neste tipo de transporte (Anexo IV - Página 53 do Manual do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica).*

○ *De modo a garantir o máximo de segurança durante o helitransporte, a preparação de qualquer missão de helicóptero obriga ao cumprimento de um conjunto muito rigoroso e específico de procedimentos que, no caso concreto dos transportes secundários, incluem o conhecimento prévio dos hospitais de origem e destino.*

○ *Apenas por absoluto desconhecimento (ou outras razões menos claras), é que se poderá defender que o Helicóptero deveria ter sido acionado mesmo que o destino do doente fosse desconhecido. A este propósito, bastará referir que, caso o doente tivesse que ser transportado para Coimbra, seria o helicóptero de Santa Comba Dão a ser utilizado e não o de Évora.*

○ *Acresce que os helicópteros do INEM não podem ficar indisponíveis por tempo indeterminado à espera que se determine o destino dos doentes.*

***2. Informe a data e hora em que o INEM teve conhecimento sobre a necessidade de transferência do utente para outra unidade hospitalar mais diferenciada, atendendo ao estado clínico do utente, e quando foi acionado o meio de transporte aéreo do INEM;***

*Às 10h06m29s, o CODU teve conhecimento da necessidade de transferência do utente.*

*Às 10h19m17s foram iniciados os procedimentos de despacho do Helicóptero de Évora mas, face à indisponibilidade de vaga no Hospital de S. José, o serviço ficou suspenso.*

*Às 11h49m17s, nova chamada para informar que afinal já havia vaga no Hospital de S. José, sendo acionado o Helicóptero de Évora às 11h54m52s.*

***3. Informe a(s) razão(ões) pela qual(ais) o CODU não prestou informação sobre a unidade hospitalar de referência para a transferência do utente;***

*Devidamente explicado na resposta à questão 1.*

*Cumpra apenas acrescentar que, em nenhum momento, o médico do Hospital de Abrantes que solicitou o helitransporte (Dr. [...]) pediu apoio do CODU para se encontrar vaga para o doente em causa.*

*Além dos argumentos já invocados, deve ser referido que o pedido de vaga para um doente crítico que necessite de ser transferido deve ser feito pelo médico que assiste esse doente (como sustentam as recomendações da SPCI/OM) pois ele detém toda a informação clínica relevante que deverá ser transmitida ao médico do serviço/unidade para onde pretende transferir o doente. A intervenção do CODU neste processo, como referido, será sempre excepcional, devendo ser salientado que o médico do CODU apenas tem conhecimento muito parcial/limitado da situação clínica do doente.*

**4. Esclareçam se foram contactadas outras unidades hospitalares, que não o Hospital de referência, com identificação das mesmas, e se foi aferida a capacidade de resposta para a situação concreta;**

*Para além do Hospital de S. José, segundo informação do Dr. [...] (Medicina Interna do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Unidade de Abrantes) também terá sido contactado o Hospital de Santa Maria em Lisboa.*

**5. Indiquem as data(s) e hora(s) do(s) contacto(s) efetuados e das unidades hospitalares contactadas para a transferência do utente do Centro Hospitalar do Médio Tejo - Unidade de Abrantes, bem como remetam cópia de toda a informação/comunicações trocada(s) nesse âmbito;**

*Respondido nas alíneas a) e l).*

*As informações/comunicações trocadas, encontram-se detalhadas nos Anexos I e II.*

**6. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.**

*Nada a acrescentar nesta questão. [...].*

## **II.2. Do pedido de informação ao CHLC**

10. Considerando a necessidade de obtenção de informação adicional para a análise mais aprofundada da situação, e já no âmbito do presente processo de inquérito, foi solicitada, por ofício datado de 19 de setembro de 2016, informação ao CHLC, no sentido de aferir a(s) razão(ões) para não terem aceite a transferência do utente, nomeadamente:

“[...]”

1. *Explicitem de forma fundamentada a situação descrita na referida notícia;*
2. *Envio de cópia, acompanhada de todos os elementos documentais necessários e relevantes à análise do caso concreto, designadamente, do relatório de transferência da Unidade de Abrantes para o Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de S. José (HSJ), em 12 de julho de 2016;*
3. *Informem o número de camas disponíveis, (com capacidade para uso de ventilador), bem como o número de utentes internados no Serviço de Neurocirurgia do HSJ, no dia em causa;*
4. *Envio de cópia, acompanhada de todos os elementos documentais, do relatório de entrada do utente, no serviço de urgência no HSJ, em 12 de julho de 2016;*
5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*

11. Por ofício recebido em 7 de outubro de 2016, o CHLC veio aos autos informar que:

*[...] 1. A notícia refere-se a um homem de 75 anos que foi encontrado caído tendo feito TAC de crânio no Hospital de Abrantes, que revelou uma hemorragia intracraniana da convexidade cuja causa mais frequente é o traumatismo.*

*Naquele hospital, já se encontrava em coma profundo com um valor de quatro na escala de coma de Glasgow, numa escala 3 a 15, sendo 3 o valor mais grave.*

*Quando foi solicitada a transferência para a urgência do Hospital de S. José – CHLC (cerca das 10h30min) não havia vagas nas unidades de cuidados intensivos e estava outra doente ligada a um ventilador na sala de emergência do serviço de urgência polivalente com uma hemorragia por rotura de aneurisma e que veio a ser embolizada e operada ao fim da manhã desse dia.*

*Em função da situação acima descrita, foi solicitado aos colegas do Hospital de Abrantes a procura de uma vaga de cuidados intensivos noutro Centro e caso tal não fosse possível nos voltassem a contactar.*

*Perante a inexistência de vaga de cuidados intensivos noutro Centro, o doente foi transferido para o Hospital de S. José - CHLC, com a indicação de ficar no ventilador da sala de emergência, entretanto desocupado com a ida para o bloco da doente do aneurisma.*

*Pelas 14h08 o doente é admitido no Serviço de Urgência Polivalente do H. S. José.- CHLC, acompanhado por médico e enfermeiro do INEM, em paragem*

*cardiorrespiratória e com informação de uma paragem prévia no transporte que reverteu com as medidas instituídas.*

*Consideramos que neste caso se seguiu o procedimento normal para assegurar as melhores condições de transporte e de continuidade de cuidados, de um doente crítico com hemorragia cerebral, sendo que o padrão de hemorragia na TAC não sugeria rotura de aneurisma, cuja existência ou não só poderia ser confirmada por angiografia.*

*2. Cópias dos elementos documentais que acompanhavam a transferência do doente da Unidade de Abrantes, designadamente o relatório de transferência 3. e 5. Documentos relativos ao número de camas disponíveis na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UC1NC), Nível II e número de utentes internados no Serviço de Neurocirurgia, no dia em causa com nota explicativa referente à lotação da UC1NC/ camas disponíveis/ doentes internados.*

*4. Cópia de todos os elementos documentais do CHLC, referente ao doente, no dia 12 de Julho de 2016. [...]"*

12. Tendo nessa data junto aos autos os seguintes documentos:

a) cópia da Nota de Alta do CHMT;

b) cópia do número de doentes internados no serviço de neurocirurgia, nos níveis 3 e 2 da Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia, respetivamente, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

*"[...] Nível 3*

*Lotação: 10 camas*

*Doentes internados -13*

*Disponibilidade de camas - 0*

*Nota: No dia 12/07/2016 as camas 1, 4 e 8 tiveram que acolher dois doentes, ou seja, houve necessidade de dar altas a três doentes para poder receber outros três críticos. [...]"*

*Nível 2*

*Lotação - 2 Camas*

*Doentes internados - 2*

*Disponibilidade de camas- 0*

c) cópia do relatório de urgência, relativo ao dia 12 de julho de 2016, que para o que presente processo importa se passa a transcrever:

*i) o utente foi triado às 14h14m, triado com pulseira vermelha;*

*ii) fluxograma: indisposição no adulto;*

*iii) discriminador: compromisso da via aérea*

*“[...] Observação da Especialidade: Doente de 75 anos, sexo masculino, transferido do hospital de Abrantes.*

*AP de AVC hemorrágico sem sequelas*

*Hoje de manhã alteração do estado de consciência, sendo encontrado em GCS 4 -6 pela VMER, sendo EOT no local, Fez TC - CE com HSA sulcal da convexidade, transferido para este hospital após contacto com a equipa de Neurocirurgia.*

*Durante o transporte apos aterrar com PCR conseguindo ser reanimado, com nova PCR em fibrilação sendo reanimado antes da minha observação (equipa neurocirúrgica a operar) segundo equipa de anestesia, manobras de SAV interrompidas aos 30 minutos.*

*À minha chegada doente já em paragem. [...]”*

d) cópia do certificado de óbito, que para o que ao presente processo se passa a transcrever:

*“[...] Causa de morte:*

*Data/Hora 12-07-2016 14:30*

*Parte I a) Hemorragia subaracnoideia espontânea*

*Parte II Hematoma intraparenquimoso. [...]”.*

### **II.3. Do pedido de informação ao HGO**

13. Considerando a necessidade de obtenção de informação adicional para a análise mais aprofundada da situação, e já no âmbito do presente processo de inquérito, foi solicitada, por ofício datado de 19 de setembro de 2016, informação ao HGO, nomeadamente:

“[...]”

- 1. Explícitem, de forma fundamentada a situação, descrita na referida notícia;*
- 2. Indiquem a data e hora(s) do(s) contacto(s) efetuados pelo Centro Hospitalar do Médio Tejo - Unidade de Abrantes e/ou pelo INEM para a transferência do utente,*

bem como remetam cópia de toda a informação/comunicações trocada(s) nesse âmbito;

3. Informem o número de camas disponíveis, (com capacidade para uso de ventilador), bem como o número de utentes internados no Serviço de Neurocirurgia nessa unidade, no dia em causa;

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

14. Em 4 de outubro de 2016, veio o HGO prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] Em resposta ao processo de inquérito em causa, ouvido o Médico de Neurocirurgia de serviço, Dr. PP, o mesmo declara que estava de urgência no dia 12/07/2016 que foi contactado pelo Hospital de Abrantes.

Refere que aquando do contacto tinham todas as vagas ocupadas na UCI Neurocirurgia (o doente estava intubado e ventilado necessitando de suporte de Cuidados Intensivos) tendo procedido ao contacto com a UCI-Geral para avaliar a possibilidade de transferência para o HGO, tendo sido informado que não haveria disponibilidade para receber o doente na UCI-Geral.

Acresce que este é o procedimento normal do Serviço aquando dos contactos para receber doentes Neurocríticos (sejam eles da área da referência de Neurocirurgia do HGO ou mesmo externos como é o caso).

Foi igualmente ouvida a chefe da equipa médica de serviço no dia 12/07/2016, Dra. SL, que confirma que por volta das 11h do referido dia, foi contactada pelo colega de neurocirurgia (NC) de serviço (Dr. PP) indagando-a se sobre a possibilidade de receber no serviço (UCI+UCDI) um doente de fora de área com indicação para ventilação mecânica invasiva.

Foi informada pelo Dr. PP, que se tratava de uma situação do foro neurocirúrgico que, no caso de Abrantes tem referência direta para o Hospital de S. José.

Não podendo obviamente confirmar segundo o colega de Neurocirurgia, tratava-se de um aneurisma que à luz da UML (já em vigor naquela data) deveria obedecer a referência direta para o hospital que estivesse de serviço no dia que não o HGO.

Em função da necessidade de gestão de camas de cuidados intensivos pois na altura (11h de 12/07/2016) apenas havia no HGO uma única vaga para doente ventilado no conjunto da UCI/UCDI, foi sugerido ao colega que o referido doente fosse transferido para o hospital de referência direta neste caso o hospital de S. José.

*Trata-se de um procedimento normal do ponto de vista de gestão de camas de intensivos atendendo a necessidade de resposta do serviço às solicitações internas e externas de internamento de Neurocirurgia em particular a sua área de referência direta (Setúbal Barreiro e Litoral Alentejano) e de outros doentes críticos de outras especialidades.*

*Em consequência, o colega de Neurocirurgia informou o Hospital de Abrantes que não havia disponibilidade de receber o doente devendo ser equacionado a transferência do doente para o seu centro de referência neste caso o Hospital de S. José.*

*Segundo informação da Dra. SL algum tempo depois cerca 30 minutos em consequência de um reajuste interno no circuito da Neurocirurgia, que incluiu a mobilização de um doente da UCINC para o sector de intermédios foi efetuado um telefonema por parte do colega de Neurocirurgia de serviço- Dr. PP -, para o Hospital de Abrantes informando da disponibilidade em receber o doente na UCINC do HGO. Foi o mesmo informado pelos colegas do Hospital de Abrantes que o doente já teria sido transferido para o centro de referência direta do Hospital de Abrantes, o Hospital de S. José.*

*O procedimento adotado pela Dra. SL obedeceu ao que em situações similares normalmente é feito: a existir uma única vaga de doente ventilado, como era o caso, para solicitações externas fora da nossa área de referência normal havendo a alternativa de drenagem para outro hospital, esta possibilidade deve ser encarada.*

*O Hospital de referência direta de Abrantes é o Hospital S. José. O HGO não estava de serviço à UML do doente vascular nesse dia. Ainda assim, logo que houve disponibilidade a vaga foi de tal avisado o Hospital e Abrantes, havendo o doente sido já transferido para o Hospital e referência.*

*Mais se informa que nesse dia, às 11h, não tínhamos vagas na UCINC, encontravam-se doentes internados e, apenas tínhamos 1 (uma) única para vaga doente ventilado no conjunto da UCI/UCDI. [...]”.*

#### **II.4. Do pedido de informação ao CHLN**

15. Considerando a necessidade de obtenção de informação adicional para a análise mais aprofundada da situação, e já no âmbito do presente processo de inquérito, foi solicitada, por ofício datado de 19 de setembro de 2016, informação ao CHLN, nomeadamente:

“[...]”

1. *Explicitem, de forma fundamentada a situação, descrita na referida notícia;*
2. *Indiquem a data e hora(s) do(s) contacto(s) efetuados pelo Centro Hospitalar do Médio Tejo - Unidade de Abrantes e/ou pelo INEM para a transferência do utente, bem como remetam cópia de toda a informação/comunicações trocada(s) nesse âmbito;*
3. *Informem o número de camas disponíveis, (com capacidade para uso de ventilador), bem como o número de utentes internados no Serviço de Neurocirurgia do HSM, no dia em causa;*
4. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*

16. Em 19 de outubro de 2016, veio o CHLN prestar a seguinte informação:

*[...] 1 - No dia 12/7/2016 um dos médicos da Urgência de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Dr. MB foi contactado telefonicamente pelo Hospital de Abrantes. Este médico não recorda a hora exacta do contacto (que terá sido cerca das 10h) nem a identidade do contactante e não há registo oficial desse contacto. No contacto foi solicitada a transferência de um doente de 74 anos com hemorragia subaracnoídea em coma profundo (referida avaliação segundo Escala de Coma de Glasgow de 4), por, segundo foi referido, o hospital de referência primário correspondendo no Hospital de Abrantes (o Centro Hospitalar Lisboa Central - CHLC) não ter vagas de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos. O médico referido, interno de formação específica de Neurocirurgia, discutiu de imediato o caso comigo, na qualidade de director de Serviço. Na altura (manhã de 12/07/2016) a UCI de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Norte tinha a sua lotação completa e não tinha nenhum doente transferível de imediato, pelo que não poderia, na altura, receber o doente referido. Essa informação foi transmitida ao médico do Hospital de Abrantes com a sugestão de ser tentada a transferência para outra unidade de saúde de Lisboa com essa capacidade (que poderiam ser o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental ou o Hospital Garcia de Orta).*

*2 - Não há registo oficial dos contactos (telefonema para o médico de urgência) efectuados pelo Centro Hospitalar do Médio Tejo. Como referido este terá sido cerca das 10h da manhã certamente entre as 9 h e as 11h. Não houve contacto pelo INEM, nem pelo CHLC. Não houve troca de qualquer informação escrita neste âmbito.*

3 - A UCI de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Norte tem 9 camas com capacidade para ventilador, que estavam todas ocupadas no dia em causa. Anexamos cópia da listagem informática dos doentes internados nesse dia.

O serviço tem ainda 2 camas de recobro, anexas à UCI (Piso 9, elevador 1 do HSM) sem capacidade de ventilação e 27 camas de Enfermaria (no Piso 8 do HSM).

4 - Não temos elementos adicionais a acrescentar em relação a este caso concreto. [...].”

## **II.5. Do pedido de informação à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P (ARSLVT)**

17. Considerando que havia entrado em vigor em 1 de fevereiro de 2016, o novo modelo organizacional da “*Urgência Metropolitana de Lisboa - (UML) para o doente neurovascular*”, que, no que concerne ao aneurisma da circulação cerebral, determinou que os Centros Hospitalares de Lisboa Norte (CHLN), Lisboa Central (CHLC), Lisboa Ocidental (CHLO) e Garcia de Orta (HGO) “[...] *de modo colaborativo, garantirão assistência permanente, 24 horas sobre 24 horas, a todos os doentes com esta patologia*”;

18. Revelou-se oportuna a obtenção de informação adicional junto da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), para a análise mais aprofundada da situação de implementação do referido modelo organizacional, tendo sido solicitada, por ofício datado de 19 de setembro de 2016, a seguinte informação:

“[...] 1 - *Pronunciem-se, de forma fundamentada sobre a situação, descrita na referida notícia;*

2 - *Informem as medidas implementadas por essa ARS para garantia que situações idênticas às da notícia não se repetem;*

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

19. Em 4 de outubro de 2016, veio a ARSLVT enviar “[...] *cópia da informação remetida à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, relativa à ocorrência do passado dia 13 de julho no Hospital de Abrantes [...]*”, que para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:

“[...] *Informa-se V. Exa que foi assinado em 22 de janeiro de 2016 protocolo entre os Conselhos de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Centro*

*Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), Hospital Garcia da Orta (HGO) e o Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, da área hospitalar (CN-RH), passando a constituir obrigação das instituições reportarem, trimestralmente, informação à ARSLVT sobre a implementação do "Modelo para o doente Neurovascular" de que se junta fotocópia em anexo.*

*A ARSLVT elabora relatório trimestral da atividade realizada, tendo sido concluído o relatório referente ao período de janeiro a março de 2016, que corresponde ao 1º trimestre de implementação do modelo. O relatório relativo ao período de abril a junho de 2016 está em curso de elaboração.*

*Relativamente à monitorização da Urgência Metropolitana, a ARSLVT monitoriza a atividade desenvolvida nas urgências de forma a garantir o princípio da auto-suficiência metropolitana e do direito de acesso aos cuidados de saúde necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes, em tempo útil.*

*Especificamente no âmbito da Urgência Metropolitana de Lisboa, elabora periodicamente relatórios, que são públicos e que podem ser consultados no website da instituição, sendo o Relatório de Monitorização da UML 2015, já o terceiro produzido neste âmbito.*

*A ARSLVT tem vindo, no âmbito da UML, a articular com as instituições a definição de critérios de referência para as especialidades, bem como a definição de procedimentos para a transferência de doentes, como é o caso do documento de que se junta fotocópia em anexo, "Procedimentos e boas práticas na transferência inter-hospitalar de doentes nos Hospitais da ARSLVT".*

*Tem vindo a ARSLVT a acompanhar e a produzir informação referente à atividade dos Serviços de Urgência, nomeadamente, elaborando e enviando às instituições um Relatório Semanal das Urgências Hospitalares, contendo informação sobre a evolução do movimento assistencial e dos tempos de espera, de forma a garantir o princípio da auto-suficiência regional e do direito de acesso aos cuidados de saúde necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes, em tempo útil.*

*A ARSLVT reúne periodicamente com os responsáveis das instituições no sentido de aperfeiçoar o modelo de funcionamento das Urgências, procurando adequar a resposta às necessidades da população de acordo com os princípios e regras definidos supra e realizando todos os esforços possíveis, em termos de recursos*

*humanos e tecnológicos, para dar resposta a todas as situações de urgência e emergência.*

*Com esse objectivo, foi criada, pela ARSLVT, a Comissão de Acompanhamento dos Serviços de Urgência da Área Metropolitana de Lisboa (AML), que conta para além do Conselho Diretivo da ARS, com a participação dos Presidentes e Diretores Clínicos das instituições hospitalares da AML com Serviço de Urgência, que tem como objectivo, entre outros: apresentar propostas e acompanhar genericamente os Serviços de Urgência da Área Metropolitana de Lisboa; avaliar o modelo de funcionamento do sistema das urgências/emergências, de forma a dar uma resposta efetiva às necessidades dos utentes; propor alterações que promovam uma orientação eficiente dos recursos às necessidades; coordenar a elaboração de Planos de Contingência; propor um melhor planeamento dos recursos humanos hospitalares; dinamizar e propor a criação de unidades partilhadas de recursos, nomeadamente no âmbito de Planos de Contingência. [...]*”.

## **II.6 Do parecer técnico do perito médico consultado pela ERS**

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

*“[...] Relativamente ao caso em apreço tecem-se as seguintes considerações:*

*1- A taxa de mortalidade de Acidente Vascular Hemorrágico (AVCH) que se apresenta em Escala Coma de Glasgow de 4 com hipertensão e bradicardia (suspeita franca de encravamento amigdalino) é extremamente elevada.*

*Resulta, portanto, baixo impacto clínico na demora das diligências efetuadas;*

*2- Da análise dos elementos constantes do processo não resulta inequívoca a existência de condições e indicação para transferência do doente, conforme ponto 1;*

*Não obstante, os procedimentos referentes à referenciação e transferência do doente no quadro de AVCH, na suspeita de aneurisma subjacente, foram os adequados à situação.*

*Resulta do ponto 3, uma atuação não conforme do Hospital Garcia da Orta, pois dispunha de cama de cuidados intensivos com ventilação (aquilo que tinha sido requisitado pelo Hospital de Abrantes) tendo a recusa da admissão do doente sido feita com base em critérios logísticos e não clínicos.*

*Para finalizar, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) não cumpriu com os seus deveres estatutários pois cabe a esta entidade a alocação do doente. [...]” – cfr. parecer do consultor médico da ERS, junto aos autos.*

### III. DO DIREITO

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

21. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
22. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica;
23. O que é o caso do Centro Hospitalar do Medio Tejo, E.P.E, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. e do Hospital Garcia de Orta, E.P.E..
24. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “ *assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), 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;*
25. 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*”;
26. Podendo fazê-lo mediante o exercício dos seus poderes de supervisão consubstanciado no dever de “ *zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais*

*normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições”, bem como na emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.*

27. E, no que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes;

28. Sendo estabelecido na alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, que *“Constitui contraordenação, punível com coima de 1000 EUR a 3740,98 EUR ou de 1500 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva:*

[...]

*b) A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde:*

*i) A violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, prevista na alínea a) do artigo 12.º;*

*ii) A violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º.*

29. Tal como configurada, a situação denunciada poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses dos utentes, mas também na violação de normativos, que à ERS cabe acautelar, na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS.

30. Ora, perante este enquadramento, resulta a necessidade da análise dos factos, tal como denunciados, sob o prisma de uma eventual limitação do acesso à prestação de cuidados de saúde com correção técnica e em tempo útil.

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

31. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
32. Dito de outro modo, a CRP impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
33. 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”*;
34. 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”*;
35. No respeitante à vertente qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos;
36. O que significa que a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica, e que sejam os reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.

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

### **III.3. Das atribuições e competências das Administrações Regionais de Saúde: a autossuficiência regional**

38. A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde que “*são dotadas de meios de acção bastante para satisfazer autonomamente as necessidade correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos*” – cfr. n.º 1 e 2 da Base XVIII da LBS;

39. Consequentemente, o SNS detém uma organização de carácter regional, sendo administrado por cada uma das ARS, cada uma com atribuições e competências sob uma determinada região administrativamente organizada.

40. As ARS desempenham um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência e, *in extremis*, na definição dos pontos de oferta da rede hospitalar e das próprias RRH.

41. A este respeito, note-se ademais que tem tipicamente sido incumbência das ARS “*garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção*”<sup>1</sup>.

42. E é para cumprimento de tal atribuição fundamental que as ARS são dotadas de um extenso elenco de atribuições, entre outras, assegurar, na respetiva área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde, assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referência e elaborar a carta de instalações e equipamentos das respetivas regiões de saúde<sup>2</sup>.

43. Nessa medida, importa assumir que qualquer rede que determine regras concretas e claras de referência e/ou transferência de utentes e que *per si* necessariamente concretizem o direito e o concomitante dever de referência dos prestadores de cuidados de saúde nela integrados, tenha garantida a participação das entidades competentes a nível regional, pois que, só assim, poderão aquelas garantir o efetivo

---

<sup>1</sup> Cfr. n.º 1 do artigo 3.º da Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

<sup>2</sup> Cfr. n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

exercício do direito à proteção à saúde dos utentes e a verificação de cada uma das características essenciais do SNS, designadamente aquelas da universalidade e generalidade.

44. Do exposto resulta então que a organização do SNS assenta no princípio da autossuficiência regional, e que constitui, ademais, decorrência direta da opção constitucionalmente consagrada no que se refere à imposição de uma organização regionalizada e descentralizada do serviço nacional de saúde.
45. Sendo certo também que conforme já defendido pela ERS<sup>3</sup> as RRH atualmente existentes<sup>4</sup> se consubstanciam em meras linhas orientadoras, que estabelecem requisitos e critérios apresentados como desejáveis mas reconhecidos como inexistentes;
46. Constatação esta ainda não totalmente alterada, apesar do recente impulso ao processo de revisão das Redes de Referência Hospitalar, *supra* referido;
47. O qual, também se adiante, em nada parece anular o reconhecimento da necessidade reforçada de cada uma das ARS, por si e em concertação de esforços, se organizar, estruturar, publicitar e ordenar para cumprimento, pelos estabelecimentos do SNS das suas áreas geográficas, as RRH ou outras redes e regras julgadas necessárias ao cumprimento do carácter da universalidade e generalidade do SNS<sup>5</sup>.

#### **III.4. As Redes de Referência Hospitalar (RRH) como regras de acesso do utente aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde**

48. Conforme resulta da alínea b) da Base XXIV da LBS, os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integralmente todos os cuidados de saúde, não só os hospitalares, mas também os primários, os continuados ou até os paliativos;
49. Uma forma de manifestação do princípio da generalidade no âmbito do SNS prende-se com a necessidade de se garantir uma correta referência de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.
50. As RRH são pois essenciais ao cumprimento da característica de generalidade do SNS, constituindo um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma

---

<sup>3</sup> Cfr. Parecer e Recomendação da ERS de 2009, publicados no sítio eletrónico da ERS, em [www.ers.pt](http://www.ers.pt)

<sup>4</sup> Elaboradas no seio da Direcção-Geral da Saúde (DGS) e/ou da ACSS.

<sup>5</sup> Na Recomendação da ERS de 2009, fora já recomendado pela ERS a “*todas as ARS para definirem, publicitarem e ordenarem para cumprimento por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, as RRH que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência.*”.

concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.

51. Por outro lado, o funcionamento e as imposições adjacentes a cada uma das RRH consubstanciam regras que, necessariamente, se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde como consagrado na Constituição e na lei. O deficiente funcionamento de uma RRH impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efetivo não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.
52. Nesse âmbito, considerando que as regras respeitantes a cada uma das RRH aprovadas constituem regras de acesso, nos termos e para os efeitos dos Estatutos da ERS, devem as mesmas, ser garantidas pela ERS e, caso aplicável, o seu incumprimento ser sancionado ao abrigo dos poderes que lhe foram atribuídos pelas alínea a) e b) do artigo 12.º e alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º de tal diploma.
53. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.
54. Efetivamente, a atual organização do SNS assenta numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS seja, não somente *de iure* mas também *de facto*, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde organizado e hierarquizado.
55. Nesse sentido, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e por tanto o que de si é esperado – para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Nesse âmbito, os contratos programa surgem como instrumentos detidos quer pelas ARS, quer pelos prestadores de cuidados de saúde, para a operacionalização das suas concretas responsabilidades. Neles são definidos os objetivos do plano de atividades de cada um dos estabelecimentos hospitalares e a subsequente contratualização com o Estado, mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função da produção contratada e dos resultados obtidos, devendo cada um dos prestadores garantir o cumprimento das suas obrigações para garantirem, obviamente e *in fine*, o dever de garantir o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Assim, os contratos programa devem garantir os meios necessários ao cumprimento pelos hospitais contratantes, das regras determinadas por cada uma das RRH das quais os mesmos fazem parte integrante.

56. Nesse sentido, interessa que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor.
57. Na verdade, a referenciação de doentes deve ser assegurada para outras unidades hospitalares integradas no SNS quer quando a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respetivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referenciação em vigor, quer quando se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica, seja ela pontual ou permanente.
58. Mas daqui resulta não só a obrigatoriedade das unidades hospitalares referenciarem os utentes, mas também a obrigatoriedade de uma unidade hospitalar de referência aceitar receber os utentes transferidos de outros hospitais.
59. Tal obrigação de aceitação verifica-se naquelas situações em que as unidades referenciadoras de utentes não disponham de nível de referenciação adequado e ou de capacidade técnica.

#### **III.4.1 Da Rede de Serviço de Urgência**

60. 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 implementação<sup>7</sup>.
61. 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.
62. A Rede de Referenciação de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes naquela Rede, integrando três

---

<sup>7</sup> Cfr. Despachos 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, 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 n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro

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).

63. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
64. O Sistema Integrado de Emergência Médica foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto<sup>8</sup>, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”*.
65. Para o que ao presente processo importa, refira-se que, o n.º 1 do artigo 4.º estabelece que um SUMC, onde se integra o SU do CHMT, *“[...] 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.”*.
66. Por seu lado, o n.º 1 do artigo 5º refere que o SUP, onde se integra o SU quer do CHLC-HSJ, quer do CHLN\_HSM, quer ainda do HGO, *“é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área”*;
67. Por sua vez, a alínea a) do n.º 3 do artigo identificado *supra*, determina que os SUP devem *“dar resposta específica na valência de neurocirurgia”*.
68. Refira-se ainda, que nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 5.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, *“Nos grandes centros urbanos onde existe mais do que um SUP, os cuidados referidos no número anterior podem ser assegurados por um único SU de modo a garantir as condições de resposta adequadas às situações de urgência e emergência em todos os SUP, de acordo com a planificação estabelecida pelas ARS e com a concordância do INEM.”*.
69. Por último, o artigo 22.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, estabelece os critérios, indicadores de qualidade e de avaliação do Sistema Integrado de Emergência Médica, de onde resulta em especial, no que se refere à matéria da transferência inter-hospitalar que:

---

<sup>8</sup> Publicado no DR, II Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014.

- (i) *“O SU no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência atempada e em segurança, para o SU adequado de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo”;*
- (ii) *“Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o ao SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o SU adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência”.*

70. Esse mesmo artigo 22.º estabelece ainda que “[...] a avaliação das unidades integrantes do SIEM [...] é da responsabilidade [...] Ao nível regional, das ARS, que deverão refletir a evolução do desempenho dos SU sobre sua responsabilidade”.

#### **III.4.2. Das regras de referenciação aplicáveis no âmbito da Urgência Metropolitana de Lisboa**

71. Em 2012, no âmbito da Reforma Hospitalar, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, deu-se início, entre outras diligências, a um procedimento de reorganização das urgências hospitalares na Área Metropolitana de Lisboa, no período noturno (entre as 20h00m e as 8h00m).
72. Tal procedimento, que acabou por desembocar na criação da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) tal como é hoje conhecida, esteve a cargo da ARS LVT, que, conforme as restantes quatro Administrações Regionais de Saúde existentes no país, tem um papel fundamental na estruturação e organização do SNS nas áreas geográficas sob sua influência e, *in extremis*, na definição dos pontos de oferta, ou redes, de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde diferenciados, como são os cuidados hospitalares, os continuados e os paliativos.
73. O principal propósito do procedimento de reorganização das urgências hospitalares noturnas, na Área Metropolitana de Lisboa, foi ajudar os Centros Hospitalares e Hospitais desta região, sob gestão pública, responsáveis por assegurarem a manutenção de urgências médico-cirúrgicas ou polivalentes, a enfrentarem as

crescentes dificuldades sentidas na manutenção de uma oferta permanente de apoio aos utentes da sua área de influência, devido à escassez de recursos humanos<sup>9</sup>.

74. Posteriormente, e na sequência de um outro caso relativo ao acesso a cuidados de saúde em caso de situações de rutura de aneurisma na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, analisada pela ERS no âmbito do processo de inquérito ERS/074/2015, entrou em vigor em 1 de fevereiro de 2016, o novo modelo organizacional da “*Urgência Metropolitana de Lisboa - (UML) para o doente neurovascular*”<sup>10</sup>.

75. Assim, no que concerne ao aneurisma da circulação cerebral, determinou-se que os CHLN, CHLC, CHLO e HGO “[...] *de modo colaborativo, garantirão assistência permanente, 24 horas sobre 24 horas, a todos os doentes com esta patologia*”, no seguintes termos:

“[...]”

- i. *Durante os dias da semana (definidos entre as 08 horas de segunda-feira e as 20 horas de sexta-feira, incluindo dias feriados), os hospitais assegurarão uma cobertura ininterrupta (com garantia dos meios humanos e técnicos adequados);*
- ii. *Aos fins- de - semana (entendidos entre as 20 horas de sexta feira e as 08 horas de segunda-feira) os quatro hospitais assegurarão rotativamente esta assistência*

[...]”

76. Quanto aos critérios de referenciação, naquele documento encontra-se estabelecido que “*compete às Direções Clínicas das quatro instituições envolvidas a definição dos critérios de referenciação dos doentes*” sendo que “*a instituição que pretenda transferir os doentes para a instituição responsável pelo seu tratamento, com base no modelo da UML, tem obrigatoriamente de proceder a um contacto telefónico prévio, de forma a permitir a adequada programação dos procedimentos.*”

77. Mais é referido naquele documento que “*em caso de falha na assistência, isto é, o não cumprimento da escala proposta, colocará em causa a permanência da instituição*

---

<sup>9</sup> Cfr. documento da ARS LVT, intitulado “*Urgência Metropolitana de Lisboa*”, datado de 18 de julho de 2013, e disponível para consulta em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/43511E66-06CF-43E7-9640-16ACF7C4BA25/0/UrgenciaMetropolitanaLVTrelatorio.pdf>.

<sup>10</sup> Cfr. Documento final V.4.0 – Urgência Metropolitana de Lisboa – Modelo para o Doente Neurovascular assinado, em 22 de janeiro de 2016 pelos Conselhos de Administração do CHLN, CHLC, CHLO, HGO e Coordenador para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, da área hospitalar e homologado pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 25 de janeiro de 2016, cuja cópia se encontra junta aos autos.

*neste esquema regional e a própria justificação dos serviços em causa”, bem como que este modelo de atuação visa “assegurar a correta articulação entre as especialidades de neurorradiologia e neurocirurgia, sobre a abordagem clínica mais adequada a cada utente.”.*

### **III.5. Análise da situação concreta**

78. A situação em análise será avaliada quer da perspetiva dos constrangimentos verificados no atendimento do utente J., quer da perspetiva da articulação dos diversos Serviços de Urgência que integram a UML, da intervenção do CODU do INEM e da monitorização pela ARS LVT da referida UML.

79. Por conseguinte, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia do acesso universal e equitativo dos utentes ao serviço público de saúde, bem como a qualidade da prestação tempestiva dos cuidados de saúde;

80. Ora, resulta da análise dos factos apurados no decurso das diligências encetadas pela ERS que:

i) o utente deu entrada no CHMT, no dia 12/07/2016 pelas 9h28m;

ii) o utente encontrava-se inconsciente, com GCS 4/6, tendo o mesmo sido ventilado;

iii) o utente realizou TC-CE, pelas 10h, que revelou extensa hemorragia subaracnoídea bi-hemisférica por provável rutura aneurismática;

iv) De acordo com a informação prestada pelo CHMT o médico assistente, pelas 10h, contactou o HSJ para transferir o utente para o serviço de neurocirurgia, tendo sido informado que não existiam vagas para o utente, que necessitava de ventilador;

v) em seguida foi contactado o HSM, que informou o CHMT que não existia vaga no serviço de neurocirurgia, por não ter ventilador disponível;

iv) o médico do CHMT contactou ainda o HGO que informou existir apenas uma vaga no serviço, pelo que, considerando que o HGO não era o hospital de referência, o utente deveria ser transferido para o HSJ; cerca de 30 minutos depois do primeiro contacto, e de acordo com a informação prestada pelo HGO, este contactou o CHMT com a informação que poderia receber o utente;

v) no segundo contacto realizado com o HSJ, foi o médico do CHMT informado que já existiria vaga para o doente J., tendo sido concretizada a transferência;

vi) o INEM, através do CODU foi contactado pela primeira vez às 10h06m, com informação sobre a necessidade de transportar um utente, entubado e ventilado, do CHMT para o HSJ;

vii) o transporte foi suspenso pelas 10h33, por o INEM ter sido informado da não existência de vaga, quer no HSJ quer no HSM;

viii) o transporte é novamente acionado às 11h54 e o utente transportado de helicóptero entre o Hospital de Abrantes e a Academia Militar (12h37m – 13h18m), e posteriormente de ambulância entre a Academia Militar e o HSJ (13h29m- 14h05m);

viii) o utente foi triado no HSJ, às 14h14m;

vii) foi declarado o óbito às 14h30m.

81. Assim, reconduzindo a factualidade expendida ao enquadramento normativo vigente, temos que, de acordo com a definição dos pontos de rede dos serviços de urgência, o Hospital de Abrantes- CHMT é serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC), pelo 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 neurocirurgia permanentemente, sendo que o apoio nessa especialidade “[...] *deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referênciação.*[...]”;

82. Daqui decorrendo que a unidade de referência do CHMT para a especialidade de neurocirurgia é o CHLC-HSJ;

83. Desde logo, a primeira unidade a ser contactada pelo CHMT para operacionalização da transferência, uma vez constatada a necessidade de apoio daquela especialidade e de uma vaga para ventilação do utente.

84. Assim, analisando a posição sustentada num primeiro momento pelo CHLC-HSJ face ao pedido de vaga do CHMT temos que, como unidade de referência, a solução adotada deveria ter sido “[...]” *Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o ao SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o SU adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência*”.

85. O que não se verificou;

86. Inversamente, o CHLC-HSJ comunicou a indisponibilidade de vaga e onerou o CHMT com a procura da mesma noutra unidade, fazendo disso depender uma reavaliação da sua capacidade para receber o utente.
87. Pelo que facilmente se retira que o procedimento adotado pelo CHLC-HSJ não foi compatível com a sua obrigação de, enquanto unidade de referência, receber os utentes com necessidade de prestação de cuidados especializados.
88. Com efeito, ainda que num segundo contacto o CHLC-HSJ tenha aceite receber o utente, e que a dilação temporal ocorrida com a procura de vaga não tenha influenciado o desfecho ocorrido, conforme sustentado pelo perito médico no parecer emitido “[...] *A taxa de mortalidade de Acidente Vascular Hemorrágico (AVCH) que se apresenta em Escala Coma de Glasgow de 4 com hipertensão e bradicardia (suspeita franca de encravamento amigdalino) é extremamente elevada. Resulta, portanto, baixo impacto clínico na demora das diligências efetuadas*”;
89. Certo é, que numa outra qualquer situação, tal poderia ter tido impacto objetivo na tempestividade e integração da prestação de cuidados;
90. Não sendo por isso a conduta adotada pelo CHLC-HSJ tendente à garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, em tempo considerado clinicamente aceitável, como se impõe.
91. Analisada por outro lado a intervenção das restantes unidades hospitalares contactadas, todas integrantes da UML, a qual recorde-se ao nível da rede de referenciação do doente neurovascular da UML pretende impor que as mesmas “[...] *de modo colaborativo, [garantam] assistência permanente, 24 horas sobre 24 horas, a todos os doentes com esta patologia*”;
92. Visando precisamente melhorar o acesso dos utentes e encaminhá-los para os hospitais que oferecem um nível de cuidados diferenciados;
93. Temos que o HGO, aquando o contacto do CHMT, informou existir apenas uma vaga no serviço, pelo que, considerando que o HGO não era o hospital de referência, o utente deveria ser transferido para o CHLC-HSJ, para aí remetendo novamente o CHMT.
94. O que implica que, ao não aceitar o utente com base em critérios não clínicos, como foi o caso, o HGO não acautelou a prestação tempestiva de cuidados de saúde que se apresentavam como necessários e adequados à satisfação das necessidades do utente;

95. E para a qual podia concorrer já que detinha efetivamente os meios necessários para o efeito.
96. O que, independentemente da ponderação se tal recusa teve impacto no desfecho do caso concreto e sopesando que num segundo contacto o HGO se tenha disponibilizado a receber o utente, indica que, *ab initio*, não houve uma verdadeira interiorização pelo HGO da sua responsabilidade enquanto unidade integrante na rede de referência existente;
97. Mais a mais, sendo a mesma específica para o doente neurovascular, e criada precisamente para melhorar o acesso dos utentes a um nível de cuidados diferenciados;
98. O que claramente constituía o caso do HGO que, enquanto unidade diferenciada, detinha naquele momento as condições necessárias para receber o utente.
99. Por fim quanto ao envolvimento do CODU, sobre o qual impende o dever de garantir de forma permanente, a prossecução das suas competências de promoção da resposta integrada ao doente urgente/emergente;
100. Designadamente, “[...] *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;*”
101. Temos que, ao contrário do alegado pelo INEM, o CODU não deve apenas “[...] *estar disponível para colaborar na procura de soluções, sempre que para tal for solicitado [...]*”.
102. O CODU tem antes o dever de garantir, de forma permanente, a prossecução das suas competências de promoção da resposta integrada ao doente urgente/emergente, de promoção da correta referência do doente urgente/emergente, de promoção da coordenação, monitorização e orientação dos doentes urgentes em consonância com as vias verdes instituídas pelos programas nacionais;
103. Bem como o dever de garantir a integração nos procedimentos adotados para operacionalização das competências de coordenação do transporte inter-hospitalar do doente urgente emergente, em particular a coordenação da decisão sobre a respetiva referência primária e secundária, das regras e procedimentos vigentes e aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes;
104. Tal como já anteriormente recomendado pela ERS no âmbito da atuação regulatória havida no âmbito do processo de inquérito registado sob n.º ERS/12/2014<sup>11</sup> em que

---

<sup>11</sup> Publicado em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

especificamente foi o INEM alertado para a necessidade de cumprimento das referidas atribuições e que aqui se reitera.

105. Pelo que, ainda que no caso concreto o CHMT tenha assumido a procura ativa de vaga, sempre se dirá que não poderá nunca o CODU desonerar-se da sua função de coordenação dessa mesma procura.
106. Por sua vez, e considerando a entropia verificada na assunção pelo HGO de que não teria que disponibilizar a vaga disponível no momento do contacto pelo CHMT porquanto “[...] *O HGO não estava de serviço à UML do doente vascular nesse dia.*” temos que a ARSLVT ao abrigo do princípio da autossuficiência regional e metropolitana, *in casu*, deve proceder à definição, clarificação e aplicação das regras, procedimentos e protocolos vigentes em matéria de cuidados hospitalares urgentes, junto dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde da sua área de jurisdição, garantindo que os mesmos sejam aptos a cumprir de forma efetiva o cumprimento do princípio da autossuficiência regional e do direito de acesso aos cuidados de saúde necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes, em tempo útil;
107. Acrescidamente e no que ao caso vertente importa, no âmbito do protocolo da Urgência Metropolitana de Lisboa – Modelo para doente Neurovascular, deve permanentemente assegurar que os Serviços de Urgência que integram a UML cumpram a sua missão, incluindo a referenciação quando necessária, bem como deverá permanentemente assegurar a monitorização dos resultados da adoção deste modelo no que se refere à garantia de um efetivo acesso dos utentes aos cuidados de que necessitam;
108. Em face de todo o exposto, importa garantir a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, por forma a assegurar o respeito dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, particularmente no que concerne à 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 a rede de referenciação do doente neurovascular;
109. Dessa forma se procurando evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.

#### IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

110. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o CHLC – HSJ, o HGO, a ARS LVT e o INEM.

##### IV.1 Da pronúncia do CHLC

111. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou, por ofício datado de 3 de outubro de 2017, uma comunicação do CHLC que em suma refere o seguinte:

*“[...]1 - Da apreciação geral do projeto de deliberação notificado, e ao invés do que neste se pretende sustentar, resulta evidente para o CHLC, EPE que nenhum juízo de censura lhe deverá ser dirigido na situação concreta que originou o presente processo de inquérito e cuja fatualidade constitui o seu objeto.*

*2 - Com efeito, e como no mesmo projeto se enuncia, a alínea (ii) do artigo 22º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, estatui que «Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer, ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o SU adequado mais próximo recebe o doente activando o seu plano de catástrofe/contingência.»*

*3 - Do entendimento plasmado nos números 84 a 90 do texto do projecto de deliberação resulta que o CHLC, EPE, não teria observado o disposto na norma supra citada, o que se não entende e, por isso, se não pode aceitar.*

*4 - Na verdade, logo que teve uma vaga disponível, o CHLC aceitou receber o utente; e fê-lo em tempo útil, conforme resulta do teor do número 88 do texto do projecto, onde se admite, de modo inequívoco, que a dilação temporal ocorrida com a procura de vaga, que entretanto se estabeleceu, não influenciou o desfecho ocorrido.*

*5 - Tal não foi, porém, possível num primeiro momento do dia 12 de julho de 2016, cerca das 10h30m, porquanto, como oportunamente o CHLC, EPE, esclareceu, não havia então vagas nas unidades de cuidados intensivos e estava outra doente ligada*

*a um ventilador na sala de emergência do serviço de urgência polivalente com uma hemorragia por rotura de aneurisma, que veio a ser embolizada e operada ao fim da manhã desse dia, pelo que, em função desta situação, foi solicitado aos médicos do Hospital de Abrantes a procura de uma vaga de cuidados intensivos noutra Centro, com a indicação de que, caso tal não fosse possível, voltasse o CHLC, EPE, a ser contactado.*

*6 - Com efeito, era evidentemente previsível que o ventilador existente na sala de emergência do serviço de urgência polivalente viesse a ficar disponível ao final da manhã desse dia, logo que a doente que a ele se encontrava ligada viesse a ser embolizada.*

*7 - Por outro lado, a modalidade de ajuda que, no supra citado normativo, se estatui dever ser prestada pelo SU adequado mais próximo ao SU que tem o doente, no sentido de se encontrar alternativa, deve sempre ser concebida à luz das circunstâncias concretamente verificadas e sempre, em primeira linha, de acordo com o superior - e sempre primacial - interesse do doente.*

*8 - Compreende-se, assim, facilmente que, encontrando-se os médicos do Hospital de Abrantes na posse de toda a informação clínica relativa à situação do utente, sempre seria mais adequado que fossem eles, e não os colegas do CHLC, EPE, a estabelecerem contacto com o SU alternativo,*

*9 - Neste sentido, o CHLC, EPE, não deixou de promover a segunda das três situações possíveis preconizadas no normativo supra citado, ou seja, não deixou de ajudar o Hospital de Abrantes a encontrar uma alternativa, nesse sentido, e em conformidade com as regras vigentes, elucidando e orientando os seus médicos.*

*10 - Não decorre do normativo acima referido que essa ajuda tivesse forçosamente de revestir a forma de uma atitude proactiva de assunção por parte do CHLC, EPE, e por substituição do SU que tinha o doente, das diligências a realizar.*

*11 - Nem tal seria desejável do prisma do superior interesse do doente, porquanto a informação recebida por via telefónica pelo CHLC, EPE, e que este retransmitia ao SU alternativo, não seria tão completa nem tão precisa quanto aquela de que o Hospital de Abrantes a priori dispunha.*

*12 - Acresce que, pelas razões que acima se aduziram, nunca os médicos do CHLC, EPE, afastaram liminarmente a possibilidade de o problema do utente se vir a resolver pela primeira das três situações previstas na alínea (ii) do artigo 22º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.*

13 - Pelo contrário, nortearam-se pela expectativa, que era fundamentamente legítima, de o ventilador existente na sala de emergência do seu serviço de urgência polivalente vir a vagar até ao final dessa manhã, o que se veio a concretizar, e em tempo útil, juízo que não é contrariado pelo projeto de decisão e, nomeadamente, pelo parecer técnico do perito médico consultado pela ERS em que o mesmo se louva.

14 - Entende, assim, o CHLC, EPE, que deu integral cumprimento ao estatuído na alínea (ii) do artigo 220 do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, na estrita medida em que tal lhe era possível e, por isso mesmo, exigível, nortecendo sempre a sua atuação pelo superior interesse do utente.

15 - Por isso, e por quanto se alegou já, não se entende, e por isso se não aceita, o que se afirma nos números 84 a 90 do texto do projeto. [...]”.

#### **IV.2. Da pronúncia da ARSLVT**

112. Por sua vez, a ARSLVT, por ofício datado de 12 de outubro de 2017, veio aos autos prestar a seguinte informação:

“[...] [A ARS] não tem qualquer observação a formular relativamente ao [...] projeto de deliberação. [...]”.

#### **IV.3. Da pronúncia do INEM**

113. Ainda, por ofício rececionado também em 12 de outubro de 2017, o INEM veio pronunciar-se nos seguintes termos:

“[...] 1. Tendo em conta a notícia veiculada pelos órgãos de comunicação social, em 13/07/2016, relativa ao falecimento de um utente por, alegadamente, não ter tido acesso a observação pela especialidade de neurocirurgia na sequência de alegada rutura de aneurisma.

2. Atendendo a que para o referido desfecho terá concorrido a falta de articulação entre os Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (unidade onde deu entrada), do Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. - Hospital de São José, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. - Hospital de Santa Maria, do Hospital Garcia da Horta, E.P.E., estando ainda em causa a articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

3. Que, em 14/07/2016, foi solicitado a este Instituto um conjunto de informações, tendo as mesmas sido disponibilizadas à ERS em 21/07/2016, designadamente com esclarecimentos relativos à situação descrita.

4. A proposta de deliberação em análise, designadamente nos seus pontos 101 a 105, refere que, ao contrário do alegado pelo INEM, o CODU não deve apenas "...estar disponível para colaborar na procura de soluções, sempre que para tal for solicitado. Mais refere que "o CODU tem antes o dever de 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. Bem como o dever de garantir a integração nos procedimentos adotados para operacionalização das competências de coordenação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente, em particular a coordenação da decisão sobre a respetiva referenciação primária e secundárias, das regras e procedimentos vigentes e aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes. Pelo que, ainda que no caso concreto o CHMT tenha assumido a procura ativa de vaga, sempre se dirá que não poderá nunca o CODU desonerar-se da sua função de coordenação dessa mesma procura." (sublinhado nosso)

Nestes termos e para o cabal esclarecimento dos fatos imputáveis ao INEM, impõem-se as seguintes considerações:

1- Quanto à atuação do CODU, designadamente à responsabilidade de ativamente procurar a existência de vagas de destino de doentes críticos, refira-se que o CODU tem uma função de coordenação, tal como resulta do Despacho n.º 14041/2012, de 29 de outubro, que determina, entre outros, que são atribuições do CODU na alínea f) n.s 2: "Coordenar a decisão sobre a referenciação 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 referenciação das Vias Verdes", (sublinhado nosso)

2- Resulta igualmente do Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, em relação à Transferência inter-hospitalar no artigo 22.º, alínea g) que:

"i. O SU no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência atempada e em segurança, para o SU adequado de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo; (sublinhado nosso)

*ii. Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil: ou o SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso: ou se estas duas soluções anteriores falharem, o SU adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência; (sublinhado nosso)*

*iii. As situações mais comuns e antecipáveis de transferência inter-hospitalar devem estar previstas na carta de Rede de Referência;"*

*3- Ao INEM compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referência, garantindo a adequação do respetivo transporte inter-hospitalar. Esta competência foi reforçada pelo Despacho nº 10319/2014; que também determina obrigações acrescidas para os SU e já referidas.*

*4- De referir ainda, que quando há necessidade de transporte inter-hospitalar, as unidades de saúde contactam o CODU para disponibilizar apoio para a transferência do doente. Contudo, as unidades de saúde de origem devem estabelecer contacto prévio com as unidades de destino, sendo o acionamento dos meios efetivado pelo CODU após confirmação da aceitação do doente no hospital de destino. Este tem sido o entendimento e a prática deste Instituto.*

*5- Reitera-se, deste modo, a informação já prestada de que o INEM garante de forma permanente a prossecução das suas competências dado que procede à adequação do transporte inter-hospitalar do doente crítico, confirmado a aceitação na unidade de destino e acionando o(s) meio(s) mais adequado(s) disponíveis, sempre que para tal for solicitada a sua colaboração pelas unidades de saúde.*

*6- Acrescenta-se a tudo o que foi dito, e no que respeita à procura de vagas, que os procedimentos adotados estão de acordo com as Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos, estabelecidas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos/Ordem dos Médicos. A decisão de atribuir uma vaga de Cuidados Intensivos a um doente crítico passa sempre pelo contacto direto entre o médico responsável pelo doente (que deverá conhecer melhor que ninguém a situação clínica do doente) e o médico responsável pela Unidade de Cuidados Intensivos que o poderá (ou não) receber. Assim, a participação do CODU neste processo (procura de vagas), no nosso entendimento, deve ser encarada como complementar, mas não deverá substituir nem desonerar a unidade de saúde onde o doente já se encontra dessa responsabilidade. A este propósito, transcreve-se parte do referido documento (Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos):*

## **Nota Introdutória**

(...)

*Este documento apresenta os requisitos mínimos, que devem ser disponibilizados, durante o transporte de qualquer doente crítico. Para a operacionalidade do proposto é fundamental que cada instituição clarifique uma política formal sobre o transporte de doentes (com responsabilidade identificada) a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência regular), o investimento na formação (emergência em geral e no transporte aéreo) e a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico (com o envolvimento e o compromisso das instituições intervenientes).*

*É pertinente e relevante que se mantenha uma colaboração estreita com o Instituto Nacional de Emergência Médica (Despacho n.º 291/2006 do Ministério da Saúde).*

### **PRINCÍPIOS GERAIS**

(...)

#### **1. Decisão**

*A decisão de transportar um doente crítico é um acto médico. Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do director de serviço.*

#### **2. Planeamento**

*O planeamento da acção é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente, e tomará em consideração os seguintes problemas: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação. Este planeamento deverá incluir:*

- *Escolha e contacto com o serviço de destino, avaliando a distância a percorrer e o respectivo tempo de trajecto estimado;*

*O transporte deve ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital que envia o doente, cabendo ao serviço referente as responsabilidades técnica e legal, durante as duas primeiras fases (Decisão e Planeamento). Na etapa da Efectivação, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte.*

### **NOTA INTRODUTÓRIA**

(...)

(...)

*Escolha da equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades da unidade referente e as características do doente a transportar, com protecção individual assegurada - seguro/cobertura em caso de acidente). Escolha do meio de transporte (por exemplo, segundo os critérios propostos nos anexos 2 e 4);*

(...)

## TRANSPORTE SECUNDÁRIO DE DOENTES CRÍTICOS

### 1. Introdução

(...)

7- *A não ser colhido o entendimento do INEM, tal como anteriormente já esclarecemos no processo de 2014 (n.º ERS/12/2014), urge clarificar qual é na realidade a atuação do CODU do INEM, perante ocorrências desta natureza, mormente quando esteja em causa a procura de vagas para doentes críticos.*

8- *Salienta-se que os Serviços Partilhados do Ministério da saúde (SPMS) têm em curso a implementação de uma solução informática para conhecimento das vagas em serviços ou unidades para cuidados intensivos (UCI), considerados como de nível II ou III, polivalentes e para queimados que, uma vez implementada, simplificaria o processo de procura de vagas nas Unidades de Saúde.*

9- *Estamos convictos que, após a implementação do sistema pelos SPMS, esta situação ficará ultrapassada.*

10- *Por fim e especificamente em relação ao referido no Ponto 112 do projeto de deliberação, que a ARSLVT, não dá conhecimento ao CODU/INEM, da escala mensal de referenciação do doente crítico neurovascular, informamos que no âmbito das reuniões regulares que têm ocorrido entre o INEM e a ARSLVT, esta questão já foi abordada, estando em curso a análise de soluções que permitam uma resposta mais eficaz no que concerne a este tipo de doentes.*

*Por tudo o que foi dito, crê-se que, ponderados os fundamentos expostos nos esclarecimentos, e ora em sede de pronúncia, estamos cientes que a atuação do INEM se pautou pelos princípios que indubitavelmente, devem presidir à prossecução da sua atuação no âmbito do Sistema Integrada de Emergência Médica e do interesse público subjacente à assistência médica à população, sem prejuízo de que o Instituto estará sempre empenhado em promover melhorias contínuas nos seus processos e disponível para colaborar na implementação de soluções que permitam uma melhor resposta ao doente crítico. [...].”*

#### IV.4. Da pronúncia do HGO

114. Por fim, por ofício datado de 23 de outubro de 2017, o HGO remeteu a comunicação seguinte:

*“[...] Muito embora a factualidade subjacente ao processo de inquérito em apreço tenha já sido alvo de esclarecimentos prestados por parte do HGO, plasmados no projeto de deliberação, ora objeto de pronúncia, considera-se, nesta sede, ser relevante aduzir novos contributos por forma a clarificar as situações sub judice.*

*Assim, o HGO revê-se no projeto de Decisão dessa Entidade, pois essa é a sua postura e, esse, é o seu comportamento.*

*Pese embora se possa inferir uma resposta anterior menos clara, porque também menos circunstanciada, ao invés do aventado nunca o HGO recebeu o doente nem nunca se dispôs a fazê-lo, pois, como nos revemos na Vossa Douta Proposta de Decisão essa situação deve ser sempre acautelada quando reconhecida a incapacidade de referenciação.*

*Ora, tal nunca aconteceu relativamente ao HGO, pois o doente, como bem se sabe hoje, foi transferido diretamente do CHMT para o CHLC, nunca tendo passado pelo HGO.*

*Como não o poderia, pois, no âmbito da concertação institucional da patologia em causa, o HGO nunca seria de referenciação primária.*

*Acompanhamos assim, e nela nos revemos, a Vossa Douta interpretação.*

*Porém, e sempre com o devido respeito, que é muito, já não nos podemos rever na suposta indicação de que o HGO gere a sua capacidade instalada da UCI de forma meramente administrativa e não tendo em conta a personalização de cada emergência.*

*Racionar, nunca, diríamos, mas racionalizar sempre, sendo o que se exige a um órgão de gestão.*

*Porém, e curiosamente, no caso vertente, se porventura houve acomodação economicista da gestão de camas por parte do HGO, foi no sentido de melhor receber o doente, caso o CHLC, como entidade primária, não o aceitasse, com adaptação das nossas próprias condições aos "nossos" doentes próprios e internados.*

*Ou seja, por ironia que possa parecer, somos acusados de algo que fizemos em termos diametralmente opostos à subsunção dos factos presentes na presunção de resposta.*

*Com efeito;*

- 1. À altura dos factos o HGO possuía apenas 8 camas polivalentes de Cuidados Intensivos, manifestamente insuficientes para as suas necessidades.*
- 2. Adicionalmente num espaço geográfico fora da UCI (designado de UCIDI) sob gestão da equipa de Cuidados Intensivos, havia capacidade para internar 6 doentes, porém - e excecionalmente em casos limite - apenas 2 deles podiam beneficiar de ventilação mecânica invasiva, por falta de mais ventiladores mecânicos e de staff adequado.*
- 3. À altura a UCI - HGO iniciou a sua função de centro de referência primário dos hospitais da península de Setúbal em medicina intensiva.*
- 4. Na data em causa, estava esgotada a capacidade de ventilação invasiva, com 7 doentes ventilados na UCI e 2 na UCIDI - unidade de intermédios – os quais aguardavam vaga na UCI, devido à sua grave situação clínica, tendo um deles ocupado a única vaga ali existente.*
- 5. A orientação transmitida ao colega de neurocirurgia foi a de que sendo o CHLC centro de referência primário do CHMT, dever-se-ia pressionar que o mesmo recebesse o doente, até porque se tratava de um hospital central com 3 unidades de internamentos para doentes críticos, numa capacidade global de cerca de 60 camas, comparativamente às 10 camas que para tal possuía na altura o HGO.*
- 6. Como frisado, a gestão clínica das camas de cuidados intensivos é um procedimento normal na área, visando sobretudo melhorar a capacidade de resposta as situações que delas tem necessidade, tendo sempre em conta a potencial reversibilidade da situação clínica e o seu prognóstico vital e funcional.*

*Assim,*

- 7. À altura o HGO possuía 4 camas de cuidados Intensivos neurocirúrgicos sob a gestão do Serviço de Neurocirurgia, com uma elevada taxa de ocupação que muitas vezes condicionava a que tais doentes tivessem de ser alocados aos CI polivalentes, já por si sobrecarregados pela resposta holística a dar a todo o HGO.*
- 8. Pese embora os condicionalismos expostos, poder-se-ia em algum tempo mais tarde, o Serviço de Neurocirurgia criar condições para receber o doente em causa,*

*facto que não se verificou por na altura já ter sido aceite no CHLC, seu hospital de referência.*

*Logo, e em conclusão, o HGO adaptar-se-ia a receber o doente e a dele cuidar, conforme a legis artis, e não impedindo-o por protecionismo da sua área primária de intervenção.*

*Tal padrão está, pois, conforme a melhor prática dos protocolos e legis artis específicas, como sempre pautámos a nossa conduta e continuamos a fazê-lo, pese embora hoje as condições sejam já diversas, pois muito recentemente o HGO ampliou em mais 7 camas a sua capacidade de resposta face à enorme demanda de internamento de doentes deste tipo, reformulando as diferentes unidades de prestação de cuidados a doentes críticos na área de adultos, integrando-as num mesmo modelo de gestão clínica de recursos técnicos e humanos. [...]"*

#### **IV.5 Da análise dos argumentos aduzidos na pronúncia**

115. Face à pronúncia de todos os interessados, cumpre analisar os elementos invocados, aferindo da suscetibilidade daqueles infirmarem a deliberação delineada.
116. Faz-se, desde já, notar que os argumentos apresentados nas pronúncias foram devidamente considerados e ponderados pela ERS;
117. Ainda que dos mesmos não tenha resultado uma alteração no sentido da decisão que a ERS ora entende emitir.
118. Isto porque os argumentos aduzidos não põem em causa o quadro factual e legal apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação.

Senão vejamos:

119. Refere o CHLC-HSJ que não deixou de ajudar o CHMT na procura de vaga para o utente J., uma vez que [...] *elucidou e orientou* [...] os médicos do CHMT a encontrar uma alternativa;
120. Referindo ainda que [...] *nunca os médicos do CHLC, EPE, afastaram liminarmente a possibilidade de o problema do utente se vir a resolver pela primeira das três situações previstas na alínea (ii) do artigo 22º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. [...] Pelo contrário, nortearam-se pela expectativa, que era fundamentamente legítima, de o ventilador existente na sala de emergência do seu serviço de urgência polivalente vir a vagar até ao final dessa manhã, o que se veio a concretizar, e em*

*tempo útil, juízo que não é contrariado pelo projeto de decisão e, nomeadamente, pelo parecer técnico do perito médico consultado pela ERS em que o mesmo se louva.[...]*

121. Com efeito, apesar de no caso concreto, a dilatação temporal, não ter influenciado o desfecho do episódio, certo é que a recomendação a emitir pretende exatamente acautelar situações futuras, em que o fator tempo seja efetivamente determinante para a prestação de saúde em situações hipotéticas de *life saving*;
122. Note-se que o ponto ii) da alínea g) do artigo 22.º do Despacho 10319/2014, de 11 de agosto, refere que “[...]”o ao SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa **e essa iniciativa tem rápido sucesso**; (sublinhado nosso)
123. Isto é, não é suficiente que a transferência seja feita para outra unidade especializada, é necessário também que esse encaminhamento seja realizado em tempo útil.
124. No que toca ao INEM, refere esta entidade que “*A participação do CODU neste processo (procura de vagas), no nosso entendimento, deve ser encarada como complementar, mas não deverá substituir nem desonerar a unidade de saúde onde o doente já se encontra dessa responsabilidade [...]*”, o que, no caso concreto, se aceita;
125. Acrescentando que “[...] *urge clarificar qual é na realidade a atuação do CODU do INEM, perante ocorrências destas natureza [...]*;
126. Ora, a ERS por várias vezes já se pronunciou sobre esta questão, afirmado que o CODU quando tem um papel ativo na [...] *Coorden[ação] da decisão sobre referenciação 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 referenciação das Vias Verdes [...]* não deverá aparecer como mero espetador;
127. O CODU tem antes o dever de 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;
128. Bem como o dever de garantir a integração nos procedimentos adotados para operacionalização das competências de coordenação do transporte inter-hospitalar do doente urgente emergente, em particular a coordenação da decisão sobre a respetiva referenciação primária e secundária, das regras e procedimentos vigentes e aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes;

129. Pelo que se antecipa que a implementação da solução informática dos SPMS, referida na pronúncia do INEM, bem como na informação transmitida pela ARSLVT, terá resultados positivos na gestão e operacionalização das competências do INEM.
130. Por fim, vem o HGO referir que, ao contrário daquilo que foi aventado em sede de resposta ao presente processo, não foi uma gestão administrativa das vagas que fez com que a unidade não aceitasse a referenciação do utente, mas sim a manifesta falta de capacidade para receber o utente;
131. Esclarecendo que, à data dos factos, possuía 8 camas polivalentes de Cuidados Intensivos e que encontravam-se *“7 doentes ventilados na UCI e 2 na UC DI, os quais aguardavam vaga na UCI, devido à sua grave situação clínica, tendo um deles ocupados a única vaga ali existente”*;
132. Vaga essa que o HGO, mais tarde disponibilizou, não existindo no entanto, uma verdadeira interiorização pelo HGO da sua responsabilidade enquanto unidade integrante na rede de referenciação específica para o doente neurovascular, e criada precisamente para melhorar o acesso dos utentes a um nível de cuidados diferenciados;
133. O que claramente constituía o caso do HGO que, enquanto unidade diferenciada, detinha naquele momento as condições necessárias para receber o utente.
134. Por todo o exposto, verifica-se a necessidade de manutenção do teor da deliberação tal como projetada e regularmente notificada a todos os interessados, no que respeita às medidas a implementar.

## V. DECISÃO

135. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma recomendação ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. e ao Hospital Garcia de Orta, E.P.E enquanto unidades que integram a Urgência Metropolitana de Lisboa - Modelo para o doente neurovascular, no sentido de deverem:

a) garantir que os procedimentos atinentes ao serviço de urgência (no que refere quer à área das neurociências, quer a qualquer outra), a todo o momento, são aptos a assegurar de forma permanente e efetiva o acesso aos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, e em tempo útil;

b) garantir que, nas situações em que constata não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde, por falta de recursos especializados, essenciais à sua realização, deve assegurar que os utentes sejam encaminhados para unidade hospitalar que garanta a prestação dos cuidados de saúde necessários.

136. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma recomendação à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P, no sentido de dever:

a) garantir sempre, e em qualquer circunstância, que na sua área de influência, os serviços de urgência polivalente existentes tenham capacidade para dar resposta a todas as situações de urgência e emergência;

b) permanentemente assegurar a monitorização dos resultados do funcionamento das unidades integrantes da Urgência Metropolitana de Lisboa – Modelo para doente Neurovascular no que se refere à garantia de um efetivo acesso dos utentes aos cuidados de que necessitam, garantindo a consciencialização de cada unidade que a integra para a efetiva assunção do papel que lhe corresponde enquanto parte integrante do modelo colaborativo em que a UML assenta;

c) monitorizar a efetiva implementação da UML, verificando fragilidades e adotando medidas corretivas, nos casos em que as mesmas sejam necessárias

d) Dar cumprimento imediato à presente recomendação, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

137. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, reiterar a recomendação emitida ao Instituto Nacional de Emergência Médica, no âmbito do processo de inquérito registado sob o n.º ERS/012/2014 no sentido garantir, de forma permanente, a prossecução das suas competências de promoção da resposta integrada ao doente urgente/emergente, de promoção da sua correta referenciação, de promoção da coordenação, monitorização e orientação dos doentes urgentes em consonância com a rede de referenciação do doente neurovascular.

Porto, 16 de novembro de 2017.

O Conselho de Administração.