

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/73/2016;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da exposição relativa a dois episódios de urgência ocorridos com a utente **MS**, no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (CHS), entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 18710, no seguimento dos quais a utente viria a falecer.

2. A reclamação foi inicialmente tratada em sede de processo de reclamação, tendo posteriormente dado origem à abertura do processo de avaliação registado sob o número AV/141/2016, no qual foram realizadas diversas diligências instrutórias.
3. Em face dos factos aí apurados, determinou o Conselho de Administração da ERS, por despacho de 6 de julho de 2016, proceder à abertura do processo de inquérito registado sob o número ERS/073/2016, com o intuito de se aferir da existência de falhas procedimentais atentatórias do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde tempestivos e de qualidade, daí emergindo a concomitante violação de diversos normativos que à ERS cabe acautelar.
4. Subsequentemente, foi apensado, por uma razão de identidade substancial das matérias em causa, o processo de avaliação n.º AV/118/2016, no qual estava em análise a reclamação relativa ao utente **AR**.
5. Posteriormente, ainda, e no decorrer dos presentes autos, foram apensadas ao processo, pela mesma razão, as reclamações relativas aos utentes **NC** e de **TR**, melhor descritas *infra*.

I.2 Diligências

6. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao registo do prestador Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E;
 - (ii) Pedidos de elementos ao prestador em 13 de setembro de 2016 e em 14 de março de 2017, e análise das respetivas respostas.
 - (iii) Pedidos de parecer em clínico em 4 de outubro de 2016 e em 30 de outubro, 31 de outubro, 2 de novembro e 20 de novembro de 2017.

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação relativa à utente MS

7. Da reclamação consta, concretamente, o seguinte:

“[...]”

Negligência Médica Hospitalar. Minha irmã [...] faleceu neste mesmo Hospital na madrugada de 29 Dezembro de 2015.

Havia estado neste mesmo hospital, 15 dias antes, com a mesma sintomatologia. Foram-lhe receitados antibióticos e nada mais – foi enviada para casa. Não foram realizados mais exames.

No dia 28, sentindo-se mal e com dores de cabeça, dirigiu-se a este mesmo hospital, realizou triagem e foi encaminhada para análises de rotina apesar das dores fortíssimas que sentia na cabeça. A equipa médica não mostrou ser diligente, não diagnosticou adequadamente e não socorreu devidamente [...], apesar do estado em que a mesma se encontrava. Foi-lhe dito que sofria de encefaleia.

Por falta de meios humanos e equipamentos a M. acabaria por falecer pouco tempo depois (entrou em morte cerebral). O Hospital não possui meios para [...], os médicos são em número insuficiente, idem para os enfermeiros. O Hospital não tem condições. As pessoas estão amontoadas nos corredores.

A minha irmã foi vítima de falta de recursos o que consubstancia manifesta negligência por parte dos responsáveis desta unidade hospitalar

[...]

8. Em resposta à reclamação referida no parágrafo anterior, o CHS dirigiu ao reclamante as suas alegações iniciais, nos termos que se seguem:

[...]

Em sequência da reclamação apresentada por V. Exa [...] deliberou o Conselho de Administração a 07/01/2016, proceder à abertura de um Processo de Inquérito, visando o apuramento cabal dos factos. Desta forma, vimos informar que o Processo de Inquérito foi concluído, tendo o Conselho de Administração deliberado a 02/06/2016, proceder ao seu arquivamento, por não ter sido apurada negligência por parte dos profissionais.”

9. Nessa sequência, no âmbito das diligências instrutórias desenvolvidas, por ofício remetido em 13 de setembro de 2016, foram solicitados ao prestador os seguintes esclarecimentos:

“[...]

1. Se pronunciem detalhadamente sobre todo o teor da reclamação remetida à ERS e forneçam esclarecimentos que entendam relevantes sobre a situação da utente, acompanhado de toda a documentação relevante;

2. *Envio de cópia integral do processo de inquérito interno aberto na sequência da ocorrência dos factos em causa;*
 3. *Envio de identificação da utente (nome completo, número de utente) e cópia dos dois relatórios dos episódios de urgência da utente (Alert) em causa;*
 4. *Indicação, para cada um dos episódios de urgência, se a situação foi eventualmente enquadrada em sede da Via Verde (VV) AVC, ou, em caso negativo, indicação dos motivos para que tal não tenha sucedido;*
 5. *Informação relativa ao Fluxograma do funcionamento da VV AVC;*
 6. *Indicação dos procedimentos definidos ao nível do Serviço de Urgência, quer estejam integrados ou não na VV AVC, no sentido do tratamento ou encaminhamento dos utentes chegados pela VV AVC;*
 7. *Indiquem e descrevam, acompanhado do suporte documental respetivo, os protocolos, procedimentos ou normas existentes relativamente aos critérios de acionamento de medidas avançadas de suporte de vida;*
 8. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]”.*
10. Por ofício rececionado em 4 de outubro de 2016, o prestador veio aos autos informar, acompanhado da respetiva documentação de suporte, o seguinte:

“[...]”

Ponto 4 – Relativamente ao primeiro episódio, a doente apresentava quadro clínico de dores de cabeça de duração superior a 6h e sem sinais focais, não tendo critérios para ativação da Via Verde. Aquando do segundo recurso apresentava agravamento das dores de cabeça já existentes, sem sinais focais na admissão e sem sinais meníngeos. Após perda de consciência são observados sinais focais e chamada de imediato a Neurologia.

[...]

PROCESSO DE AVERIGUAÇÕES

Descritivo:

M., 47 anos de idade [...], recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital São Bernardo-Setúbal no dia 15 de Dezembro de 2015 tendo sido avaliada na Triagem de Manchester por queixa de cefaleia com 2 dias de evolução de intensidade moderada (4/10) e priorizada com pulseira amarela-urgente às 15,05 horas.

Foi observada em Balcão pelo Dr. LD (Medicina Geral e Familiar) cerca de 2 horas e 22 minutos após triagem apresentando exsudado purulento faríngeo posterior e hipertensão arterial sistodiastólica (146/105 mm Hg) como dados positivos do exame objectivo efectuado. A cefaleia apresentava 2 semanas de evolução tendo a doente sido previamente assistida 2 dias antes por médica que prescreveu mometasona, betahistina, cetirizina e cefuroxima 500 mg bdiário sem benefício sintomático segundo o registo do sistema ALERT.

Foi administrada benzilpenicilina benzatínica na dose de 1,2 milhões U.I. por via intramuscular às 17,30 horas e considerado o diagnóstico final de faringite aguda às 18,29 horas.

No dia 28 de Dezembro regressa ao serviço de Urgência às 6,30 horas por cefaleias e vómitos tendo sido triada com idêntica cor na Triagem de Manchester por fluxograma de cefaleia e discriminador de dor moderada (4/10).

Observada no Balcão com registo de 6,55 horas sem alterações descritas no exame físico tendo sido requisitadas análises e prescrita medicação (Paracetamol 1 grama e.v.; diazepam 10 mg oral em ampola; betahistina 16 mg e soro fisiológico e.v. a 100 ml/hora).

Existe referência no Registo ALERT de cefaleia holocraneana iniciada na região temporo-parietal direita com 2 semanas de evolução descrita como «a pior de sempre».

Durante a administração de terapêutica analgésica ocorre episódio de perda de consciência e incontinência esfíncteriana sem movimentos involuntários pelo que encaminhou a doente para Sala de Reanimação contígua. Descreveu-se o quadro como reacção em descerebração, não tolerando o tubo de guedel e reflexo cutâneo-plantar direito indiferente sem anisocoria (Score de Coma de Glasgow).

Após monitorização cardíaca revelou traçado de taquicardia sinusal com período de taquicardia supraventricular revertido com manobras de estimulação vagal seguindo-se paragem respiratória sendo intubada com tubo 7,5 e conectada prótese ventilatória mecânica e iniciada perfusão de noradrenalina por hipotensão arterial.

Pedida observação neurológica que descreveu Score de Glasgow=3; coma profundo; midríase fixa; tetraplegia flácida arreflexica; abolição dos reflexos córneo, oculocefálicos e gag-reflex concluindo por morte cerebral relatada às 9,05 horas e reafirmada na reobservação do foro descrita às 10,25 horas sendo dado conhecimento à família do «prognóstico muito reservado».

Enviadas as imagens para a Neurocirurgia do Hospital de referência (Hospital Garcia de Orta) e observadas foi enviada informação de «não indicação para qualquer intervenção da parte da neurocirurgia».

A Tomografia Axial Computadorizada crâneo-encefálica mostrou extensa hemorragia subaracnoideia na fossa posterior, nas cisternas da base de prémio direito, com efeito de massa sobre o bulbo raquidiano condicionando desvio para a esquerda e hipodensidade a par de hemorragia intraventricular nos II e IV ventrículos 7,27 h; 8,14 g; 8,41 horas como tempos sequenciais de pedido, realização e relatório.

Foi accionado o protocolo de doação de órgãos após comunicação à família não havendo oposição (marido, mãe e tia) pelo que se efectuaram tipagens sanguínea e sorologias virais, ecoscopia cardíaca e ecografia abdominal superior e renal cujos relatórios excluíram alterações estruturais. De igual modo e para o efeito se efectuou colheita de gânglio femoral pela Cirurgia Geral.

Do sistema ALERT (Registo de Enfermagem) retira-se a informação de colocação de linha arterial e cateter venoso central na subclávia direita complicada de pneumotórax iatrogénico drenado com colocação de Vygon 18.

Às 16horas de 28 de Dezembro executaram-se as primeiras provas de morte cerebral com a participação de Neurologia e Intensivista de serviço, repetidas cerca de 8 horas depois sendo o óbito declarado em consequência às 0,50 horas (SICO 1002564127).

Por poliúria foi administrada desmopressina intranasal.

A transferência de S.O. (Sala de Observações) foi registada às 1,19 horas para a vaga satélite da UCIM (Unidade de Cuidados Intermédios) por ausência de vagas na Unidade de Cuidados Intensivos, tendo a doente permanecido entretanto no serviço de Urgência Geral com os cuidados descritos por inexistência de cama de doente crítico na unidade hospitalar e instabilidade clínica.

Às 9,30 horas de 29 de Dezembro foi efectuada a transferência para o Bloco Operatório para colheita de órgãos.

Argumentação clínica:

Da análise do Processo Clínico em apreço salientam-se 2 níveis de abordagem: o episódio de hemorragia subaracnoídea (HSA) grave e a abordagem clínica da cefaleia.

A cefaleia foi descrita como «a pior de sempre», pormenor anamnóstico de relevante importância no diagnóstico diferencial deste sintoma, preditivo de gravidade etiológica

e justificativo de índice de suspeição para eventual hemorragia meníngea não traumática. O conceito de cefaleia sentinela reporta-se a um episódio que anuncia a eventualidade de hemorragia de maior gravidade de prognóstico desfavorável. Esta entidade é mais frequente no género feminino. Considera-se que aproximadamente 173 dos doentes com HSA apresenta cefaleia prévia por hemorragia de pequenas dimensões.

Carece a história clínica de dados complementares como a existência de padrão crónico de cefaleia, carácter pulsátil, emese ou fotofonofobia, lateralidade predominante bem como factores de risco como tabagismo, etilismo ou toxicofilia, diabetes mellitus, hipertensão arterial, história familiar, a coexistência de doenças congénitas como doenças do colagénio ou rins poliquísticos, doença esta que eleva cerca de 7 vezes o risco de ocorrência de hemorragia subaracnoideia.

O facto de existir na primeira vinda ao serviço de urgência achados sugestivos de faringite aguda e de dor moderada (4/10) poderão ter induzido a conclusão diagnóstica e desvalorizado a queixa primária de cefaleia não sendo de secundarizar a duração e persistência sintomática de cerca de 2 semanas, factor de potencial gravidade.

A ponderação de hemorragia subaracnoideia deve assentar nos pressupostos da prevalência de aneurismas cerebrais que resulta em 55 da população e de rotura em 10/1000.000 adicionando o facto de em 15 a 20% os aneurismas poderem ser múltiplos. A patologia predomina no sexo feminino (1/1,6 a 2) em idades entre os 35 e os 60 anos sendo o pico de incidência na 6ª década de vida (55-60 anos).

A apresentação clínica assintomática pode ser alterada se se registarem sintomas resultantes de compressão motivando sinais neurológicos focais ou de sangramento com consequências fatais ou de morbilidade evidenciadas como alterações cognitivas, funcionais motoras ou convulsivas.

O caso em análise representa um exemplo da extrema gravidade das complicações da hemorragia subaracnoideia em aneurisma roto.

A mortalidade global ronda os 65% ultrapassando este cenário na fase precoce de apresentação. Dez a quinze dos doentes morrem antes da chegada ao Hospital; 25% vem a falecer nas primeiras 24 horas e 50% morrem nos primeiros 3 meses após receberem cuidados médicos sendo a morbimortalidade de 30 a 35% intraoperatória.

A mortalidade com ou sem recurso a cirurgia no coma profundo inaugural é superior a 85%.

A gravidade assente em critérios clínicos e imagiológicos do caso implicam um prognóstico reservado pela inclusão nos graus V da escala de Hunt-Hess e IV de Fisher.

No primeiro integra-se o coma profundo e postura de descerebração e no segundo a presença de hemorragia intraventricular.

A localização bulbar com desvio para a esquerda, coma de instalação rápida e tetraplegia pressupõe o atingimento da circulação posterior onde pontuam os aneurismas gigantes superiores a 2,5 cm com maior risco de hemorragia, superior a 50% em 5 anos, e que representam 2 a 5% de todos os aneurismas intracranianos. Na mulher é mais frequente a localização da anastomose da artéria comunicante posterior com a carótida interna.

Conclusão:

Os critérios de morte cerebral e a evolução rapidamente progressiva associados aos aspectos imagiológicos exuberantes definiram uma progressão irreversível tendo sido respeitados os passos adequados desde a intubação traqueal e ventilação, observação por Neurologista e apreciação da TAC por Neurocirurgia até à activação do protocolo de doação de órgãos, em mulher aparentemente saudável previamente, com envolvimento multi e interdisciplinar bem como respeito pela comunicação presencial à família nos 2 contactos efectuados por Neurologia e Medicina Interna.

Na sequência do exposto, considera-se que não houve indícios de negligência por parte dos profissionais que prestaram cuidados à utente falecida.

Por esse motivo propõe-se a V. Exas. o arquivamento dos presentes autos [...].”

11. Chamado a pronunciar-se sobre os factos em presença, o Perito Médico da ERS emitiu o seguinte parecer:

“[...]”

Trata-se de doente que recorreu inicialmente ao SU por quadro de cefaleias, com duas semanas de evolução, num contexto de quadro de infecção respiratória alta (Faringite/Amigdalite aguda?). Medicada, teve alta, recorrendo novamente ao SU por quadro de cefaleias intensas e graves, tendo falecido na sequência de ruptura de aneurisma cerebral, com hemorragia sub-aracnoideia concomitante e inundação ventricular.

O problema coloca-se se teria sido, ou não, possível diagnosticar a lesão aquando do primeiro recurso ao SU. Assim, num contexto de cefaleia crónica é imperativa a realização de TAC cerebral. Mas a definição de crónica, para além de não consensual,

pode estar, nesta situação particular, mascarada pela existência de quadro de infecção respiratória alta, conforme descrito nos registos, o que, aliado à raridade da situação apresentada, bem como à ausência de outros sinais neurológicos ou gerais que levantem a suspeição para o quadro clínico, pode mascarar a situação mais grave.

Infelizmente, conforme demonstrado nas conclusões do inquérito, a situação reportada tem mau prognóstico, mesmo que diagnosticada e intervencionada atempadamente, com taxas de complicações e de mortalidade elevadas.

Assim, não parece que tenha havido incorreção na abordagem do quadro clínico inicial, tendo, aparentemente, sido respeitadas as “legis artis” [...].

[...].

12. Posteriormente, ainda, o prestador foi interpelado, por ofício de 14 de março de 2017, no sentido de explicar, *“de forma pormenorizada e completa, quais os motivos para, logo aquando do primeiro episódio clínico, não ter sido realizada uma TAC cerebral à utente, acompanhado de toda a documentação relevante”*.

13. Em resposta, o prestador informou o seguinte:

“[...]

Perante o quadro clínico inicial de infecção do aparelho respiratório superior, não foi considerado o recurso a exame TDM encefálico, conforme se retira do relatório efetuado pelo médico relator, tendo mediado um período assintomático de cerca de 2 semanas sem recurso a cuidados clínicos, nomeadamente por cefaleia.

[...].

14. Em face desta nova resposta do prestador, o Perito médico da ERS acrescentou a seguinte adenda ao parecer anteriormente emitido:

“[...]

Relativamente a esta situação mantenho o que escrevi no parecer. A doente parecia ter uma cefaleia crónica sendo que o quadro de infecção respiratória poderia mascarar/justificar a mesma. Aquando do segundo episódio de ida ao SU, a cefaleia, descrita como “a pior de sempre” poderia ter levantado a suspeita para patologia do SNC, mas a ausência de sinais focais pode ter “baralhado” o diagnóstico.

[...].

II.2. Da reclamação relativa ao utente AR

15. A ERS tomou conhecimento da exposição relativa a um episódio de urgência ocorrido com o utente AR também no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., na sequência do qual o utente viria a falecer.
16. Da exposição, assinada pela filha do utente, constava concretamente o seguinte:

“[...]”

Boa noite, meu nome é AR e necessito de esclarecimentos em relação a uma possível negligência médica.

O meu pai era doente oncológico seguido pelo Hospital de Setúbal, fazia quimioterapia adjuvante com elevada percentagem de sucesso, porém começou a ter queixas de falta de força, cansaço excessivo, falta de apetite, tonturas, desorientação/confusão, dois episódios de tosse com sangue. Foi levado de ambulância para o Hospital de Setúbal numa quinta feira pela manhã sem se aguentar de pé, foram explicados todos os sintomas e parte deles desvalorizados, incluindo a existência de uma possível ulcera. A médica apenas insistia no diagnostico de cansaço e tensão baixa (que não era assim tão baixa para justificar a falta de força e de equilíbrio). Foram feitas apenas análises e um eletrocardiograma, revelaram potássio com valores baixos, depois de muito insistir e de esquecimento por parte do medico de passar as enfermeiras a ordem de tratamento foi medicado para a baixa de potássio. É sugerida a alta mas devido aos mesmos sintomas existentes insisti para que ele lá ficasse pois não tinha condições para regressar a casa, estando bastante debilitado. Vários problemas foram imediatamente levantados como por exemplo, sintomas irrelevantes, falta de macas e lotação das urgências. Voltei a frizar que não tinha condições para ir para casa e eu própria fui procurar uma maca para deitar o meu pai de 79 anos que estava na cadeira de rodas desde as 10h da manhã até as 20h. Consegui que ficasse, pela manhã dirigi-me as urgências onde me dirijo ao meu pai e não vejo melhorias significantes. Tento falar com a medica responsável educadamente e sou mal recebida por parte da mesma, tento uma segunda abordagem e consigo um pouco de atenção por parte da mesma. Informa-me que a hemoglobina baixou durante a noite de 13.01 para 8.1, que não sabe explicar porquê (sem terem sido realizados quaisquer exames que pudessem diagnosticar) e que por ela tinha alta. Após a alta, dirigi-me á oncologia porque o meu pai tinha quimioterapia marcada para esse dia, volto novamente a explicar tudo o que se passa com ele e mais uma vez não é relevante, é-lhe administrado soro. Após a medicação a médica vem falar comigo, questiona a queda dos valores de hemoglobina e diz ser uma queda bastante elevada sem perceber a razão que está a causar (mais

uma vez não são feitos quaisquer exames). O meu pai teve alta e 10 horas depois apareceu morto em casa com sinais de hemorragia digestiva (dito pela técnica do INEM).

Esperámos 3 dias porque supostamente o meu pai ia ser autópsiado, tal não aconteceu porque mesmo com o auto da GNR que seguiu com o corpo do meu pai contendo todos os detalhes dos episódios nas urgências o ministério publico negou a autopsia.

1ª Questão: posso apresentar queixa na ordem dos médicos em nome do meu pai, necessito de algum documento para o fazer?

2ª Questão: dirigi-me ao hospital para pedir que me fossem entregues todas as análises e notas de alta para ter provas e foram negada, isso é legal? Não posso ter acesso aos documentos?

3ª Questão: É possível contestar a decisão do ministério publico em relação a autopsia?

[...]

17. Numa primeira resposta à exponente, o prestador aduziu as seguintes informações:

18. “[...]

O Sr. AR [...] recorreu ao Serviço de Urgência no dia 21/04/2016, tendo sido triado com prioridade (urgente amarela) e observado no tempo-alvo de 60 minutos. Manteve-se na urgência geral até 23h46m, tendo alta referenciado para consulta de Oncologia agendada para dia 22/04/2016, previamente com sessão de quimioterapia para essa data, acompanhado pela Dra. IG.

[...]

Em 09/03/2016 seria observado pela Dra. IG (Oncologia Médica) sendo programada quimioterapia adjuvante com Xelox (6 ciclos).

[...]

Relativamente aos factos ocorridos em sede de consulta de Oncologia, julgo ser pertinente auscultar a opinião dos intervenientes.

Da análise do processo de urgência, julgo terem existido falhas ao nível da comunicação entre família e profissional, e poder ser facultada ajuda na deslocação ao sector de Oncologia.

A não existência de perdas hemáticas, terão levado à decisão de referência ao Hospital de Dia (Consulta de Oncologia) para ponderação de alteração de data de quimioterapia pela citopénia apresentada e disfunção renal. O eventual contacto entre Urgência e Oncologia poderia suportar uma estratégia otimizada para o doente.

A causa de morte a apurar pelos dados da autópsia, fornecerão informação sobre a hipotética causa de anemia, sendo improvável hemorragia gástrica sem associação a hemateses atendendo ao diferencial do eritograma e sobre a causa direta de morte esclarecendo se hánexo de causalidade entre os dados encontrados e o falecimento.

[...]

19. Complementarmente, foi junta uma declaração da médica Dr.^a IG, na qual é referido o seguinte:

“[...]

- Recebi o Sr. AR de 79 anos de idade no Hospital de Dia de Oncologia no dia em causa, vindo o Sr. reencaminhado do Serviço de Urgência de onde tinha tido alta, para decisão se faria ou não a quimioterapia programada para esse dia.

- Não me foi disponibilizada Nota de Alta da Urgência apenas informações verbais das filhas que o Sr. Se sentia com cansaço, astenia e referindo o doente mal-estar abdominal inespecífico.

- Queixas estas já anteriormente referidas após anteriores ciclos de tratamentos e comuns com os agentes administrados no contexto de neoplasia do colo em estadio IIIB.

- Fez-se reforço da hidratação com objetivo de ajudar a recuperação e marcada nova reavaliação e eventual sessão de tratamento para a semana seguinte.

- Fica agendada a nova sessão de Hospital de Dia e é reforçada a recomendação para contactar em SOS, como é rotina desta unidade.

Relativamente ao pedido de autópsia, concordo com os familiares que seria uma forma da família ficar esclarecida e conseguir colmatar as dúvidas que possam eventualmente ter.

[...]

20. Para esclarecimento dos factos relatados, por ofício de 14 de julho de 2016, foi dirigido ao prestador o seguinte pedido de elementos:

“[...]”

1. *Se pronunciem, de forma completa e fundamentada, sobre todo o conteúdo da referida exposição e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, em especial, sobre o desfecho (falecimento do utente) da situação;*
2. *Informação, caso aplicável, sobre a abertura de processo de inquérito sobre os factos acima referidos, bem como informação sobre os trâmites, conteúdo e estágio atual do mesmo, acompanhadas de cópia de toda a documentação respetiva;*
3. *Envio de cópia do relatório de episódio de urgência do utente (Alert);*
4. *Se pronunciem sobre os motivos para ter sido dada alta clínica ao utente na sequência do episódio de urgência, especialmente tendo presente que se tratava de um doente oncológico, bem como envio de cópia da referida alta;*
5. *Se pronunciem sobre o facto de a Dr.^a IG referir, no seu depoimento escrito, “Não me foi disponibilizada Nota de Alta de Urgência, apenas informações verbais das filhas (...)” e dos motivos para tal carência;*
6. *Se pronunciem sobre os motivos para não ter sido facultada cópia da documentação clínica do utente à exponente (e filha do utente), tendo presente a Lei de Acesso aos Documentos da Administração (LADA, Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto, alterada pelo Decreto-Lei n.º 214-G/2015, de 02/10);*
7. *Informem se a cópia da documentação acima referida foi já entregue à exponente e em que data;*
8. *Envio de quaisquer outros esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para completo esclarecimento da situação em apreço.*

[...]”

21. Em resposta, o prestador informou o seguinte, acompanhado da respetiva documentação:

“[...]”

1. *Remete-se a informação prestada pelo Sr. Diretor do Serviço de Urgência Geral e pela Médica Oncologista. (Anexos 1 e 2)*

2. O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal não deliberou no sentido de abertura de processo de inquérito.

3. Remete-se em anexo o relatório de episódio de urgência, referente ao dia 21.07.2016. (Anexo 3)

4. Remete-se para a informação constante no anexo 1.

5. A informação está acessível aos profissionais médicos e enfermeiros, no processo clínico eletrónico.

6. O Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) não recebeu nenhum pedido de cópia da documentação clínica da parte da família do utente.

7. Remete-se para o ponto anterior.

8. Mais se esclarece que a decisão de dispensa de autópsia não foi uma decisão do Centro Hospitalar.

Desconhecemos o ocorrido nas 10 horas mediadas entre a saída do doente do Centro Hospitalar e a referência a ter sido encontrado já cadáver.

[...].

22. Do Anexo I, redigido pelo Diretor do Serviço de Urgência Geral, consta o seguinte:

“[...]

Exma. Senhora,

Respondo à sua reclamação, certo de que esta resposta possa esclarecer eventuais dúvidas, sobre o atendimento neste Serviço. O Sr. AR, de 79 anos, sujeito do episódio [...] e processo clínico [...], do Centro Hospitalar de Setúbal, recorreu ao Serviço de Urgência no dia 21/04/2016, tendo sido triado com prioridade urgente (amarela) e observado no tempo-alvo de 60 minutos. Manteve-se na urgência geral até 23h46m, tendo alta referenciado para consulta de Oncologia agendada para dia 22/04/2016., previamente com sessão de quimioterapia para essa data, acompanhado pela Dra. IG.

Tratava-se de doente com antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, hipertensão arterial e dislipidémia medicado com Finasteride; Rosuvastatina, Irbesartan e Hidroclorotiazida.

Em 20 de novembro de 2015 foi-lhe diagnosticada suboclusão intestinal por neoplasia maligna do cólon transversal estenosante com marcada dilatação cólica a montante e referência a zona de transição do cólon intestinal no limite esquerdo do cólon transversal (TAC abdomino-pelvica). Efetuou colonoscopia total com progressão até ao

transverso distal, onde se identifica lesão de aspeto viloso, circunferencial, estenosante, não franqueável (biópsias), sendo colocada prótese metálica autoexpansível Mitech de 6 cm, sem intercorrência no dia seguinte na Unidade de Endoscopia Digestiva.

A histopatologia revelou necrose de intestino distal, com transformação adenomatosa glandular de arquitetura tubular e displasia de alto grau sem imagens de componente invasivo a este nível.

Em 10/02/2016 efetuou hemicolectomia esquerda, sendo a descrição microscópica da peça operatória de cólon com adenocarcinoma moderadamente diferenciado, e, área de carcinoma mucinoso, perfazendo cerca de 20% da área do tumor. A neoplasia infiltra até ao tecido adiposo de subserosa sem angio invasão por invasão neural; tendo as extremidades sem tumor e dos 14 gânglios isolados, 2 apresentavam metástases. O diagnóstico foi descrito como adenocarcinoma moderadamente diferenciado PT3N1bMx(Ajcc2010).

Em 09/03/2016 seria observado pela Dra. IG (Oncologia Médica) sendo programada quimioterapia adjuvante com Xelox (6 ciclos).

Em 21/04/2016 é admitido apirético; normoxémico (96%); hipotenso; vfgil; polipneico; taquicárdico (1007min), manifestando a queixa de perda de equilíbrio e sensação de queda a par de cansaço a pequenos esforços. Analiticamente salientava-se azotémia (creatininémia=2,8; ureia= 94 - 102; hípocaliémia= 2,8 - 3; PCR= 9,3 - 7,5; neutrofilia sem leucocitose= 86% - 85%; INR= 1,8 com, APTT=28 e queda de hemoglobina de 5gr/dl (13,1 - 8,1gr/dl), sem perdas hemáticas visíveis.*

O ECG não revelou alterações relevantes, além de extrasístolia supraventricular sem salvas.

Optou-se não tomar nenhuma decisão terapêutica, além da correção de potassémia hidratação endovenosa, e referenciar à Consulta com a Médica Assistente em Oncologia.

Relativamente aos factos ocorridos em sede de consulta de Oncologia, julgo ser pertinente auscultar a opinião dos intervenientes.

Da análise do processo de urgência, julgo terem existido falhas ao nível da comunicação entre família e profissional, e poder ser facultada ajuda na deslocação ao sector de Oncologia.

A não existência de perdas hemáticas, terão levado à decisão de referenciação ao Hospital de Dia (Consulta de Oncologia) para ponderação de alteração de data de

quimioterapia pela citopenia apresentada e disfunção renal. O eventual contacto entre Urgência e Oncologia poderia suportar uma estratégia otimizada para o doente.

A causa de morte a apurar pelos dados da autópsia, fornecerão informação sobre a hipotética causa de anemia, sendo improvável hemorragia gástrica sem associação a hemateses atendendo ao diferencial do eritograma, e sobre a causa direta de morte esclarecendo se hánexo de causalidade entre os dados encontrados e o falecimento.

[...]”.

23. Consultado o Perito médico da ERS, este pronunciou-se nos seguintes termos:

[...]

Trata-se de doente a efectuar tratamento adjuvante de quimioterapia para neoplasia do colon, que recorre ao SU por quadro de tonturas, astenia, anorexia e desorientação. Existe documentado um valor de hemoglobina de 8.1 gr/dL, com valor de base aparente de 13.1 gr/dL. Não são referidas perdas hemáticas aparentes, nem outras alterações para além de creatinina e ureia elevadas. O doente faleceu, na sequência do episódio, por aparente quadro de hemorragia digestiva, de acordo com informação que teria sido prestada por técnico do INEM.

O quadro clinico, ainda que inespecifico, pode criar dificuldades de diagnostico. No entanto, a presença assumida pela Instituição de uma quebra do valor de Hemoglobina da ordem dos 5 gr/dL, associada às queixas do doente e à taquicardia descrita podem fazer suspeitar de baixa súbita do hematócrito. Apesar de não ter havido evidência de hemorragia digestiva, acho que deveria ter sido ponderado o internamento e eventual transfusão de eritrócitos.

Sem dúvida que do ponto de vista humano, o serviço de urgência poderia ter sido mais prestável, em especial no auxílio no transporte do doente entre este serviço e o serviço de Oncologia.

Relativamente ao quadro clinico, sou de opinião que, com as alterações analíticas apresentadas e em especial devido à quebra acentuada da hemoglobina, o doente deveria, provavelmente, ter sido internado.

[...]”.

24. Posteriormente, ainda, o prestador foi interpelado, por ofício de 14 de março de 2017, no seguinte sentido:

[...]

1. Indiquem se já foi facultado à filha do utente o acesso ao processo e documentação e, em caso afirmativo, em que data;
2. Se pronunciem sobre o parecer do Perito Médico da ERS, que de seguida se reproduz:

“(...) a presença assumida pela Instituição de uma quebra do valor de Hemoglobina da ordem dos 5 gr/dL, associada às queixas do doente e à taquicardia descrita podem fazer suspeitar de baixa súbita do hematócrito. Apesar de não ter havido evidência de hemorragia digestiva, acho que deveria ter sido ponderado o internamento e eventual transfusão de eritrócitos.

(...)

Relativamente ao quadro clínico, sou de opinião que, com as alterações analíticas apresentadas e em especial devido à quebra acentuada da hemoglobina, o doente deveria, provavelmente, ter sido internado”.

[...]”.

25. Em resposta recebida em 4 de abril de 2017, o prestador informou o seguinte:

“[...]

Uma vez cumpridos os procedimentos de resposta com os diversos sectores assistenciais envolvidos na abordagem do caso em apreço, propõe-se a abertura de um processo de inquérito a fim de se obter um esclarecimento cabal e independente dos factos ocorridos.

[...]”.

26. Em 21 de novembro de 2017, foi enviado o seguinte e-mail ao prestador:

“[...]

*Em resposta recebida em 4 de abril de 2017, V. Exas. informaram a ERS, **relativamente ao utente AR**, do seguinte:*

“[...] Uma vez cumpridos os procedimentos de resposta com os diversos sectores assistenciais envolvidos na abordagem do caso em apreço, propõe-se a abertura de um processo de inquérito a fim de se obter um esclarecimento cabal e independente dos factos ocorridos.

*Agradece-se que sejam remetidas à ERS as conclusões e demais documentos relevante do referido processo de inquérito, **com a maior urgência**.*

[...]”.

27. Por resposta rececionada em 4 de dezembro de 2017, porém, o prestador informou que *“(...) relativamente à proposta de abertura de inquérito, o mesmo não foi instaurado (...). Assim, reitera-se a N/ resposta de 04/08/2016, 12/DM, ponto 2 para qual se remete”*.

Vejamos, agora, uma outra questão.

28. Relativamente ao acesso aos documentos, a reclamante foi questionada, por e-mail de 11 de agosto de 2016, e tendo presente as respostas do prestador, sobre o seguinte:

“[...]”

Se pronuncie e confirme se, conforme informou o prestador, não foi apresentado nenhum pedido de cópia da documentação clínica, ou, se foi, em que data;

[...]”.

29. Por resposta de 27 de agosto de 2016, a utente respondeu conforme se reproduz:

“[...]”

Na semana a seguir ao falecimento do meu pai fui até ao hospital de Setúbal para tentar junto da médica e do balcão do utente a nota de alta do meu pai e os restantes exames, o balcão do utente foi falar diretamente com a Dra. EB (médica que deu alta ao meu pai no dia 22 de Abril) para que falasse connosco para nos ajudar a perceber o que aconteceu e para me entregar os papéis se fosse possível. Da Dra. não obti nada apenas a resposta que a mesma disse à senhora do gabinete para me transmitir, passo a citar: " Não dou papéis nenhuns, se quiserem vão para tribunal". Por duas vezes esta senhora foi mal educada para mim. Dirigi-me então ao gabinete que me foi indicado para obter os papeis, logo me responderam muito indelicadamente que o meu cartão de cidadão não prova que o meu pai é meu pai e exigiram uma habilitação de herdeiros, quando nem para o funeral do meu pai tivemos dinheiro. É exigido por lei a habilitação? A certidão de nascimento não prova que é meu pai?

[...]”.

30. Em 17 de novembro de 2016, a exponente informou ainda que:

“[...] Os únicos documentos que tenho em minha posse foram enviados pela ERS, seguem em anexo a partir da folha15. O Sr. AR não foi autopsiado, foi-nos dito que seria e tivemos de esperar 3 dias pelo corpo para no fim nos dizerem que não fariam autopsia nenhuma. A resposta que me foi dada é que um paciente oncológico e idoso raramente é autopsiado salvo se houver indícios de algo fora do

normal, que na minha opinião existiam. Com o corpo do meu pai foi um relatório da GNR com toda a informação correspondente ao que aconteceu nos dois dias que estive nas urgências, pelos vistos ignorado. Por carência monetária não nos foi possível pedir uma autópsia particular [...]”.

31. Em 13 de novembro de 2017, foi novamente o prestador interpelado no sentido de esclarecer, “[...] tendo presente a última resposta da reclamante [...], se já foi ou não disponibilizado o processo clínico e administrativo do utente AR. à referida reclamante (filha do utente), à luz da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto”.

32. Ao que o prestador responde, em 17 de novembro de 2017:

“[...]

O Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) não recebeu nenhum pedido de cópia da documentação clínica da parte da família do utente.

[...]”.

II.3 Das reclamações dos utentes NC e TR

33. Já no decorrer das diligências instrutórias levadas a cabo no âmbito do presente processo, a ERS tomou conhecimento de duas novas reclamações.

34. Da reclamação relativa à utente **NC**, resulta, em resumo, uma queixa pelo tempo de espera de atendimento, em virtude do facto de, à quarta-feira, alegadamente não se realizarem ecografias para despiste de diagnóstico no Hospital São Bernardo - CHS.

35. Termos em que, após 8 horas de espera, a utente foi transferida para Lisboa para realização da ecografia.

36. Numa resposta inicial à reclamante, o prestador informou o seguinte:

“[...]

A carência em recursos humanos médicos no Serviço de Imagiologia levou à quase rotura na realização da escala de urgência, por motivos vários a que os trabalhadores têm direito, como as licenças parentais alargadas (2 colegas), licenças sem vencimento por marido militar de carreira em serviço no estrangeiro, mais recentemente, a rescisão de um colega que foi trabalhar para o estrangeiro, por melhores condições de trabalho.

Estamos a tentar colmatar as falhas, mas há falta de radiologistas no país e na escala do próximo mês também não a consegui completar totalmente.

[...].

37. Por ofício de 14 de março de 2017, a ERS instou o prestador sobre as seguintes questões:

“[...]

4. *Se pronunciem sobre todo o teor da reclamação remetida à ERS e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação da utente;*
5. *Confirmem se, à data dos factos, existiria um dia semanal fixo no qual não era possível realizar ecografias aos utentes, e se, atualmente, tal circunstância se mantém;*
6. *Informem dos motivos para a utente ter aguardado, segundo a reclamante, cerca de 8 horas até ser transferida para outro hospital a fim de realizar a ecografia necessária;*
7. *Informem do ponto de situação dos recursos humanos no Serviço de Imagiologia à presente data e que medidas concretas foram adotadas em ordem à resolução/mitigação da sua situação, acompanhado de documentos comprovativos.*

[...].

38. Por resposta rececionada em 4 de abril de 2017, o prestador remeteu informação prestada pelo Responsável pela Urgência Pediátrica (Anexo 3) e informação prestada pela Diretora do Serviço Imagiologia (Anexo 4).

39. Do documento subscrito pelo Responsável pela Urgência Pediátrica consta:

“[...]

Ponto C - Relativamente à filha da reclamante MC

Após consulta ao processo da menor, NC, verifica-se que recorre à Urgência de Pediatria, em 21/01/2016, sendo-lhe atribuída prioridade amarela às 11h24m; por vômitos e dor abdominal na FID.

Às 12h27m, Após observação médica o exame objetivo apresenta-se normal com exceção Abdómen: RHA mantidos, plano, mole e depressível, com algum desconforto à palpação de todos os quadrantes, mais proeminente à palpação da FID, mas que não exacerba com descompressão e com gorgolejo. Murphy vesicular positivo? Não palpo massas ou organomegalias. Não timpanizado. Dor ao nível da articulação coxo-femoral após flexão da coxa direita sobre abdómen. "

E solicitada avaliação analítica (que foi normal) e observação pela especialidade de Cirurgia, sendo instituída analgesia e terapêutica antiemética, ficando sob hidratação IV.

As 13h52m, após avaliação por cirurgia, foi pedida avaliação Ginecológica para despiste de eventual patologia ovárica; Foi observada por Ginecologia que excluiu patologia do foro ginecológico. Ecografia sem alterações.

Mantendo vigilância da evolução clínica e hidratação IV.

As 18h04m, "Por manter dor abdominal na FID foi contactada a colega de cirurgia pediátrica do HDE (Dr" MLS), que deu indicação para transferência para o referido hospital em Pausa Alimentar".

As 00h56m, de 22/01/2016, regressa a esta unidade referenciada pelo Centro Hospitalar de Lisboa, por não apresentar patologia cirúrgica de momento, excluindo-se apendicite aguda (tendo realizado também ECO abdominal que foi inconclusiva para patologia cirúrgica).

Após avaliação por pediatra, tem alta, tendo sido explicado os sinais de alarme e advertida para recorrer à Urgência em caso de agravamento clínico.

Quanto ao ponto 6, informamos que a utente esteve no SUP do HSB das 12.30 às 18 h onde realizou terapêutica IV para os vômitos, foi observada por cirurgia, foi observada por ginecologia, realizou ECO ginecológica, realizou análises e ficou em vigilância da evolução clínica tendo sido transferida para HDE por manutenção do Q clínico, para observação por cirurgia pediátrica e realização de ECD que se justificassem e regressou a este Centro Hospitalar após exclusão de patologia cirúrgica.

Por esta descrição dos factos parece-me correctos os tempos de espera na avaliação deste quadro clínico.

[...]"

40. Por sua vez, do documento lavrado pela Diretora do Serviço Imagiologia consta o seguinte:

"[...]

À época o serviço tinha 2 médicos que pediram licença parental alargada, situação que se arrastou no tempo intercalada e simultaneamente em alguns dos meses, desde maio de 2015 a maio de 2016 inclusive.

Teve também uma médica em licença sem vencimento por 2 anos a partir de setembro de 2015, em virtude do marido, militar de carreira, ser colocado na Bélgica numa missão da NATO, decidindo a família acompanhá-lo.

Todos estes médicos pertenciam ao quadro médico hospitalar, tendo um deles rescindido em Fevereiro de 2016, dois deles com 18 H semanais de urgência.

Todos estes motivos foram explicados na reclamação efetuada na altura.

O mês de janeiro de 2016 foi crítico com turnos fixos sem médico, um deles correspondente a esta colega, sendo difícil a cobertura de turnos de urgência semanal com prestadores de serviço ou médicos de firmas, porque a grande maioria tem o seu horário hospitalar a cumprir, pelo que não tem disponibilidade.

Devo ainda acrescentar que, para um prestador de serviço, sem qualquer vínculo ao hospital, é mais rentável um turno de exames que uma urgência hospitalar paga à hora estipulada pelo Ministério da Saúde, o que também dificulta a contratação deste tipo de médicos para este fim.

O quadro médico do serviço contempla 8 radiologistas, estando 5 vagas em aberto.

Quanto aos prestadores de serviço notamos, sobretudo nos mais novos, uma constante mudança entre instituições públicas e privadas.

Quanto à filha da reclamante e averiguando o seu historial de pedidos no programa RIS, verificamos que foi pedida uma ecografia de partes moles no dia 21 de janeiro de 2016, às 12:13 H, com informação clínica de "Erro", sendo imediatamente cancelada às 12:14 H.

Não foi feito qualquer outro pedido de ecografia à filha da reclamante, tendo em conta que a escala de urgência do Serviço de Imagiologia tinha no período das 14:00 H às 20:00 H escrito US/ Médico".

[...]"

41. Ouvido o Perito médico da ERS, este entendeu o seguinte:

"[...]

Relativamente à situação da adolescente com dor abdominal, que terá sido transferida para unidade hospitalar de Lisboa para realizar ecografia abdominal, tal situação deveu-se, aparentemente, a escassez de médicos radiologistas no Hospital de Setúbal, que parece estar devidamente justificada, pela escala e motivos apresentados. De referir que a escala de urgência foi feita com apenas 4 radiologistas, para um mês inteiro.

A Instituição não tinha radiologistas. A doente teve acesso a cuidados médicos. Foi necessária uma ecografia e foi realizá-la noutra Instituição. Os cuidados foram assegurados.

[...]”.

42. Relativamente ao utente **TR**, reproduz-se o conteúdo da reclamação apresentada:

[...]

Dia 17.11.2016 o meu filho TR estava com uma dor forte e intensa no testículo direito, o qual se encontrava bastante inchado também.

Entrámos no Hospital de São Bernardo às 11:56 do dia 17.11.2016, foi-lhe feita a triagem e rapidamente chamado para consulta, onde fomos informados, pela Dr.^a de serviço de suspeita de torção do testículo, situação muito grave que necessitaria de uma intervenção cirúrgica de urgência.

Feita a ecografia, o Dr. DB chegou à conclusão que se tratava de “Franco aumento dimensional e heterogeneidade eco estrutural do testículo e do epidídimo direito, com sinal Doppler mantido, excluindo patologia vascular, aspetos que relacionamos com orquiepididimite aguda.”

Menos de meia hora depois fomos novamente atendidos pela Dr.^a que nos entregou o resultado da ecografia e a receita de antibiótico e brufen para as dores e recomendado descanso e a colocação de gelo, com o aviso de que se voltasse a ter alguma dor deveria procurar as urgências o mais rapidamente possível.

No dia 22.11.2016 o T. voltou a sentir uma dor forte no testículo direito pelo que nos dirigimos rapidamente à urgência pediátrica do Hospital de São Bernardo, onde demos entrada às 11:59.

Foi-lhe feita a triagem, chamado com brevidade à consulta e visto pela Dr.^a e depois mandado para a sala de espera a aguardar ecografia.

Duas horas depois ainda permanecia à espera de fazer a ecografia.

Tendo sido alertada na consulta anterior da gravidade da situação que teria de ter uma intervenção cirúrgica urgente, durante estas duas horas, dirigimos diversas vezes à médica que o atendeu a questionar qual a razão da demora na chamada para ecografia, ao que me respondeu que o T. não era o único no hospital, que tinha muitos doentes e que nós tínhamos que esperar.

Fiz uma abordagem a uma auxiliar (que da vez anterior tinha acompanhado o T. à ecografia) que me disse que ainda não tinham chamado e que a médica tinha informado que o caso não era urgente.

A partir daí não parei até que o T. fosse chamado à ecografia.

Chamado à ecografia foi reconhecido pelo auxiliar que se prontificou a fazê-lo entrar, foi atendido pela Dr.^a que lhe fez a ecografia e que me informou que não havia evoluções em relação á anterior.

Voltámos à sala de espera, onde esperámos mais duas horas.

Durante esse tempo de espera fui entrando e procurando a Dr.^a que me respondeu que a Dr.^a ainda não tinha feito o relatório da ecografia.

Quando foi chamado à consulta encontrava-se lá a Dr. e uma especialista em Urologia, a Dr.^a que viu o T. e recomendou que fosse transferido para o Hospital D. Estefânia, tendo inclusivamente feito um contacto telefónico com alguém da D. Estefânia e enviado uma foto via telemóvel, com minha autorização, do órgão sexual do Tiago.

Às 16:24 foi-nos passada uma carta e desejadas as melhoras por parte da tão diligente Dr.^a.

Fomos em carro próprio para o D. Estefânia, tendo lá chegado cerca de uma hora depois. Foi-lhe feita a triagem e rapidamente encaminhado para a ecografia onde foi atendido pela Dr.^a que chamou um colega Dr. que detetou imediatamente o que se passava com o T., “ Epidídimo direito hiperecogénico, espessado, globoso e testículo direito heterogéneo, de morfologia arredondada sem segura vascularização a que se associa presença de líquido e septos na bolsa escrotal, aspetos compatíveis com torsão.”

Foi enviado para a cirurgia onde fomos atendidos pela Dr.^a ES que nos colocou ao corrente de que tinha havido uma torção do testículo direito do T..

Foram-me dados documentos a assinar, responsabilizando-me por diversas situações, nomeadamente a exclusão do testículo em caso de necessidade.

O T. ficou destroçado com a notícia, colocado numa maca, onde aguardou cerca de mais duas horas pela intervenção cirúrgica.

O T. entrou para a cirurgia cerca das 21h e mais ou menos 1:30 depois fui chamada pela Dr.^a ES para me informar que tinha más notícias. O testículo encontrava-se morto e como tal tinha sido retirado.

O T., com 15 anos, ao saber da situação sofreu para além de um golpe físico um golpe psicológico forte, chorou e revoltou-se com a situação, ficou internado até ao dia 24.11.2016.

Posto isto, considero ter havido negligência médica!

É do conhecimento médico, que no caso de uma torção testicular, é necessária uma intervenção cirúrgica urgente. Tendo havido essa suspeita, como é possível uma médica deixar estar um paciente uma tarde inteira na sala de espera. Até já não haver mais a possibilidade de salvação do testículo.

Solicito o resultado da ecografia realizada no dia 22-11-2016, assim como apuramento da verdade, e que a médica seja responsabilizada pelo seu ato negligente, porque se tem agido como mandam os procedimentos médicos, o T. não teria perdido o testículo.

Mais solicito indemnização ao T., uma vez que se trata de uma situação irremediável com danos ao nível físico e psicológico para toda a vida.

[...].”

43. Reclamação à qual o prestador respondeu o seguinte:

“[...]

Analisámos os episódios de urgência nº [...] e [...] referente TR de 15 anos de idade.

Verificámos que foi trazido uma primeira vez a esta urgência hospitalar, dia 17/11/2016, por edema e dor do testículo dtº com 3 dias de evolução e sem referência a observação médica prévia.

Efectuou a inscrição no SU às 9:32 h, foi triado cerca de 4 min. depois e atribuída pulseira amarela.

Foi observado por médica às 9:51 h que face á historia clínica e á observação clínica efectuada na altura colocou a HD de torsão testicular e pediu ECO testicular urgente, realizada e cujo relato excluía patologia vascular e relacionava aspectos ecográficos com orquiepididimite aguda. Foi re-observado pela Pediatra que medicou de acordo com diagnóstico proposto e dado alta para o médico de família às 11.57 h.

Regressou a este SU a 22 Nov.2016 por manutenção das queixas (5 dias depois), sem informação de observação médica neste hiato temporal, e como tal sem provável agravamento clinico até este dia.

Realizou inscrição às 12.00h e foi triado 4 min depois, tendo sido de novo atribuída pulseira amarela de observação prioritária. Foi observado por Pediatra ás 12.39 h que

pela observação pediu novamente ECO Testicular com informação clínica para o colega.

A Ecografia foi realizada às 15.07 h e relatada às 16.10 h, [...].

A Pediatra antes de ter o relatório da Ecografia achou por bem pedir colaboração/opinião a uma colega de cirurgia pediátrica que não se encontrava de urgência, mas que aceitou a essa observação, tendo concluído que se trataria muito provavelmente de uma torção testicular, tendo inclusive telefonado pessoalmente para colega do HDE e combinado a transferência.

Foi realizada carta de transferência às 16.17 h e assinada transferência para HDE às 16.25 h.

Segundo o processo clínico os pais decidiram realizar a ida ao HDE por meios próprios.

O H.S.Bernardo presta assistência a crianças e jovens na Urgência Pediátrica e à restante população na Urgência Geral, dando o Serviço de Radiologia assistência a estes dois sectores. Não tem também Cirurgia Pediátrica de urgência, tendo os casos clínicos que necessitem de cirurgia, ter de ser transferidos para os Hospitais Centrais que possuem essa valência.

Os timings de observação do doente pela Pediatria foram adequados, e dentro do padronizado para um doente com pulseira amarela. A Pediatra inclusivamente pediu observação a colega de cirurgia pediátrica que não se encontrava de urgência para ajudar no diagnóstico diferencial da situação clínica, mesmo antes de ter o relatório da Ecografia pedida. Tal relatório refere apresentar sinal de doppler positivo em ambos os testículos, mantendo a hipótese diagnóstica de orquitepidimite.

No entanto face a divergência entre o diagnóstico clínico e os exames efectuados foi decidida a referenciação à cirurgia Pediátrica do HDE.

Segundo relato da reclamação terá chegado ao HDE, cerca das 17.30 h e realizado a Cirurgia cerca das 21h.

[...].

44. Por ofício de 14 de março de 2017, a ERS colocou as seguintes questões ao prestador:

“[...]

1. Se pronunciem sobre todo o teor da reclamação remetida à ERS e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação do utente;

2. *Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente) e cópias dos relatórios completos do episódio de urgência (Alert) nos dias 17 e 22 de novembro de 2016;*
3. *Clarifiquem se, no episódio de urgência de 22 de novembro de 2016, o utente chegou ou não a realizar ecografia nas V/ instalações e, em caso afirmativo, enviem cópia do relatório médico da mesma;*
4. *Informem quais os motivos e/ou critérios que justificaram a transferência do utente para o Hospital Dona Estefânia, acompanhado dos documentos respetivos;*
5. *Comuniquem os motivos para, tendo o utente dado entrada nas V/ instalações às 11h59 e tendo ficado de realizar uma ecografia, o mesmo apenas ter sido informado pelas 16h/16h30 da necessidade da transferência;*
6. *Ponto de situação atual do estado clínico do utente e do acompanhamento, com referência a datas, que lhe tenha vindo a ser prestado nas V/ instalações.*

[...].”

45. Sobre isto, o prestador limitou-se a informar que *“deliberou instaurar processo de inquérito, em 25/01/2017, aos factos relatados pelo pai do menor, TR. Neste momento encontra-se em fase de instrução o respetivo processo”*.

46. Em relação a esta situação, o Perito médico da ERS proferiu o seguinte entendimento:

“[...]

A situação relatada do adolescente com dor testicular parece ter sido adequadamente avaliado, quer clinica, quer no estudo imagiológico solicitado, que excluiu a hipótese de torsão testicular. Este quadro clínico é facilmente confundível com o de orquiepididimite, sendo a ecografia um dado importante para o diagnóstico diferencial. O ressurgimento do quadro clínico aumenta a probabilidade de diagnóstico correcto, como aliás foi o caso. Os procedimentos que permitiram a realização da intervenção cirúrgica foram demorados, devido às contingências da transferência do doente para centro com cirurgia pediátrica e da demora inerente a um serviço de urgência central.

Acrescento o facto de haver um segundo estudo ecográfico a referir que mantinha sinal de Doppler positivo. O diagnóstico foi feito numa base puramente clinica.

Do ponto de vista clínico entendo que foram cumpridas as “legis artis”.

[...].”

47. Em 13 de novembro de 2017, a ERS dirigiu novo pedido de elementos ao prestador com as seguintes questões:

[...]

No seguimento da V/ última resposta (que se anexa) na qual referem que foi deliberado “(...) instaurar processo de inquérito, em 25/01/2017, aos factos relatados pelo pai do menor, TR. Neste momento encontra-se em fase de instrução o respetiva processo”, solicita-se que remetam à ERS cópia das conclusões e demais documentação integral do referido processo de inquérito.

Sem prejuízo, e complementarmente, devem V. Exas. responder às questões já anteriormente colocadas pela ERS em ofício anteriormente enviado e que se reproduzem novamente de seguida:

- 1. Se pronunciem sobre todo o teor da reclamação remetida à ERS e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação do utente;*
- 2. Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente) e cópias dos relatórios completos do episódio de urgência (Alert) nos dias 17 e 22 de novembro de 2016;*
- 3. Clarifiquem se, no episódio de urgência de 22 de novembro de 2016, o utente chegou ou não a realizar ecografia nas V/ instalações e, em caso afirmativo, enviem cópia do relatório médico da mesma;*
- 4. Informem quais os motivos e/ou critérios que justificaram a transferência do utente para o Hospital Dona Estefânia, acompanhado dos documentos respetivos;*
- 5. Comunicuem os motivos para, tendo o utente dado entrada nas V/ instalações às 11h59 e tendo ficado de realizar uma ecografia, o mesmo apenas ter sido informado pelas 16h/16h30 da necessidade da transferência;*
- 6. Ponto de situação atual do estado clínico do utente e do acompanhamento, com referência a datas, que lhe tenha vindo a ser prestado nas V/ instalações.*

[...].

48. Por resposta de 17 de novembro de 2017, o prestador fez chegar os seguintes esclarecimentos, acompanhados dos respetivos documentos anexos:

[...]

Ponto 1 - Remete-se para a cópia do Relatório Final do processo de inquérito, em anexo, como Doc. 1.

Ponto 2 - Impressão dos episódios de urgência de 17/11/2016 e 22/11/2016, em anexo, como Doc. 2.

Ponto 3 - Como se verifica na impressão do episódio de urgência de 22/11/2016, o utente realizou ecografia, procedendo ao envio do relatório da ecografia, em anexo, como Doc. 3.

Ponto 4 - Remete-se para a cópia do Relatório Final do processo de inquérito, em anexo, como Doc. 1.

Ponto 5 - Remete-se para a cópia do Relatório Final do processo de inquérito, em anexo, como Doc. 1.

Ponto 6 - Como se verifica da impressão do SONHO, o utente de nome TM. não tem consultas marcadas, nem efetivadas nesta Instituição. Verifica-se, ainda, que a última vinda à Urgência data de 22/11/2016, em anexo, como Doc. 4.

[...].”

49. Das conclusões do relatório final do processo de inquérito consta, no que de mais relevante se afigura para os presentes autos, o seguinte:

“[...]

O adolescente apresentava dia 17.11.2016 quadro clínico com três dias de evolução que foi interpretado no SU do CHS como orquiepididimite direita e medicado de acordo com esse diagnóstico.

Cinco dias depois, por manutenção das queixas e aparente agravamento de dor, recorreu a esse SU, onde a observação clínica por Cirurgia Pediátrica recomendou a exploração cirúrgica da bolsa escrotal em Hospital Central.

A escrototomia revelou torção testicular com necrose testicular;

A Anatomia Patológica relatou necrose coagulativa.

Considerações ('Acute Scrotal Pain' In 'The Scrotum' Gorman B, Diagnostic Ultrasound, Capítulo 21, pág. 864-9)

O diagnóstico diferencial de dor escrotal neste grupo etário põe-se entre orquiepididimite e torção testicular.

Na maior parte dos casos de torção testicular, por recorrência tardia ao SU, a necrose testicular é irreversível.

As alterações eco estruturais correspondentes a estes dois diagnósticos diferenciais podem ser muito semelhantes, sendo o ecodoppler imprescindível na avaliação da irrigação (ausente no caso da torção testicular). A orquiepididimite pode complicar-se,

em casos graves de isquemia testicular, com necrose, indistinguível ecograficamente da torção testicular.

A fiabilidade do ecodoppler na deteção de falta de irrigação testicular pode ser afetada no caso das torções intermitentes ou incompletas ou quando o processo inflamatório escrotal pós-torção testicular é tão exuberante que gera artefactos (falsos negativos).

A ecografia testicular e o ecodoppler são exames dinâmicos, pelo que não é possível extrair conclusões a partir de fotografias, sendo apenas a própria realização do exame pelo Imagiologista e o seu relato os únicos testemunhos fiáveis.

Em qualquer das duas observações no SU do CHS, houve avaliação clínica dias após início dos sintomas, ou seja, já em fase subaguda.

Em qualquer dos casos e também no HDE, a avaliação testicular foi difícil, ou equívoca.

A bolsa escrotal apresentava sinais inflamatórios (que podem estar presentes em ambas as patologias), o testículo afetado não se encontrava horizontalizado e alto na bolsa, como é característico da torção testicular e o reflexo cremasteriano parecia aparentemente abolido à direita aquando da primeira visita, mas na avaliação no HDE apresentava-se abolido bilateralmente.

As alterações ecoestruturais foram sempre descritas no CHS como compatíveis com orquiepididimite direita por ser detetado sinal de doppler. No entanto, poderá tratar-se de artefacto, visto esse exame no HDE não mostrar segura vascularização testicular.

Embora tenha decorrido um grande período de tempo entre o pedido da ecografia, a sua realização e a redação do seu relatório, maior rapidez de encaminhamento para uma exploração cirúrgica não resultaria numa recuperação do testículo afetado, pois a Anatomia Patológica mostrou alterações histológicas que apenas surgem numa torção superior a 24 horas, e o intervalo entre a segunda admissão no CHS e a cirurgia no HDE foi de nove horas.

Ora, o quadro clínico subagudo apresentado não permite afirmar diagnósticos inequívocos;

A eventual existência de orquiepididimite no primeiro episódio não invalida uma complicação por torção testicular subsequente, nem a segunda exclui a existência anterior da primeira.

A disparidade entre o relato eco gráfico de dia 22.11.2016 no CHS e no HDE pode ser resultado da diferença de experiência entre um Imagiologista de Hospital Distrital e a de artefactos no doppler (decorrentes duma evolução clínica já tão arrastada).

Na dúvida, o diagnóstico definitivo passa pela exploração cirúrgica, como foi o caso quando a clínica não exclui seguramente torção testicular.

A exploração cirúrgica, que se revelou, de facto, tardia, revelando necrose testicular, não decorreu de atraso no atendimento de urgência no CHS, mas sim de demora superior a 24 horas na recorrência do adolescente TR ao Serviço de Urgência deste Hospital.

Por esse motivo, não nos parece estarmos na presença de negligência a imputar aos clínicos que prestaram assistência ao Utente menor TR.

Proposta:

Perante todo o exposto, atendendo à descrição fáctica ocorrida, propõe-se o arquivamento dos presentes autos, por falta dos requisitos necessários que qualificam a infração/sanção disciplinar.

Da deliberação que recair nos presentes autos deverá ser dado conhecimento aos interessados.

[...]

50. Nesta sequência, foi auscultado novamente o Perito médico da ERS, segundo o qual:

“[...]

O processo de inquérito disponibilizado tem abordagem similar ao parecer emitido anteriormente. Muito provavelmente, atendendo ao tempo de início entre os sintomas e a primeira observação (três dias), se a intervenção cirúrgica tivesse sido efectuada nesse momento, o resultado final seria o mesmo (orquidectomia).

[...]

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

51. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a

regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

52. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica;
53. Consequentemente, o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. é uma entidade registada no SRER da ERS sob o n.º 18710.
54. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem *“a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”*.
55. São ainda objetivos da ERS, nos termos do artigo 10º dos Estatutos da ERS, *“assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”*;
56. Relativamente ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS *“assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (...)*”.
57. No que se refere, por outro lado, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“monitorizar as queixas e reclamações dos utentes e seguimento dado pelos operadores às mesmas”*.
58. Por fim, no que toca ao objetivo regulatório previsto na alínea d) do artigo 10º dos Estatutos da ERS, refere a alínea c) do artigo 14º do mesmo diploma que *“incumbe à ERS garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”*;

59. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
60. Pelo que, tal como configurada, as situações denunciadas poderão 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.
61. Ora, perante este enquadramento, resulta a necessidade da análise dos factos, tal como denunciados, sob o prisma de um eventual desrespeito do direito dos utentes a receberem com prontidão, humanamente, com respeito e num período de tempo considerado clinicamente aceitável os cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, nomeadamente, em situações de especial vulnerabilidade, como é o caso dos utentes menores ou idosos, para mais quando portadores de patologias oncológicas.

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

62. 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.
63. 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.
64. 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”;

65. 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”;

66. 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;

67. 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.

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

III.3. Do enquadramento legal da prestação de cuidados – dos direitos e interesses legítimos dos utentes

69. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações está presente no sector da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.

70. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes.

71. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde.

72. Particularmente, a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e consumidores reduz a capacidade de escolha dos últimos, não lhes sendo fácil avaliar a qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualidade dos recursos humanos e da prestação a que se submetem quando procuram cuidados de saúde.
73. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde devem ser considerados seja do ponto de vista do risco clínico, seja do risco não clínico.
74. No que ao risco clínico diz respeito, as causas mais frequentes de lesões radicam no uso de medicamentos, nas infeções e nas complicações *peri* operatórias.
75. Estes eventos adversos, em grande parte evitáveis, são passíveis de provocar danos na pessoa doente, sendo certo que os custos sociais e privados neles implicados são de tal importância, que as principais organizações de saúde, como a OMS, incrementaram planos de ação para a prevenção e um controlo mais eficaz sobre os acontecimentos danosos associados aos cuidados e procedimentos de saúde prestados.
76. O utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
77. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.
78. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
79. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na sua alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*.
80. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (*“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, segundo o qual *“O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita”* (n.º 1).

81. Tendo o utente, bem assim, “(...) *direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).
82. Estipulando, ainda, o n.º 3 que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*”.
83. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente¹, segundo o qual deve ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo, em todas as fases do tratamento.
84. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre “Os direitos do paciente”, refere que o “*reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo*”.
85. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, está a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.
86. Ou seja, deve ser reconhecido ao utente o direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, obvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
87. Por outro lado, quando, na alínea c) da Base XIV da LBS, se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, tal imposição decorre diretamente do dever de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.
88. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter redobrado cuidado em respeitar as pessoas particularmente frágeis em razão de doença ou deficiência.

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

89. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.
90. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente, segundo o qual deverá ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo em todas as fases do tratamento.
91. Refira-se, ademais, que a relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência em todos os aspetos da mesma.
92. Sendo que tais características devem revelar-se em todos os momentos da relação.
93. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge aqui com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural e estruturante da própria relação criada entre utente e prestador.
94. Trata-se de um princípio que deve modelar todo o quadro de relações atuais e potenciais entre utentes e prestadores de cuidados de saúde e, para tanto, a informação deve ser verdadeira, completa, transparente e, naturalmente inteligível pelo seu destinatário.
95. Só assim se logrará obter a referida transparência na relação entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.
96. *A contrario*, a veiculação de uma qualquer informação errónea, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar por parte do prestador são por si suficientes para comprometer a exigida transparência da relação entre este e o seu utente,
97. E nesse sentido, passível de distorcer os legítimos interesses dos utentes.
98. Na verdade, o direito do utente à informação não se limita ao que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico.
99. Pressupõe, também, entre outros, o dever de informação sobre possíveis quebras ou impedimentos na continuidade da prestação do cuidado de saúde, *in casu*, o tempo de espera para o atendimento médico.

100. Esta comunicação deve ser realizada em tempo útil, para assegurar que o utente não é prejudicado no percurso para o restabelecimento do seu estado de saúde,
101. Garantindo-se, assim, o cabal direito de o utente ser humanamente tratado mediante os meios adequados, com prontidão e correção técnica, tal como descrito na alínea c) do n.º 1 da Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (LBS).

III.4 Da Rede de Serviço de Urgência

III.4.1 Das regras aplicáveis à Rede de Serviços de Urgência

102. As características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização dos Pontos de Rede de Urgência foram sempre sendo objeto de preocupação e implementação².
103. 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.
104. A Rede de Referência de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB).
105. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
106. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto³, e “*determina ao nível da responsabilidade hospitalar e*

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

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

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”.

107. Por força do Despacho do Ministro da Saúde n.º 13427/2015, de 16 de novembro de 2015, publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 228, de 20 de novembro de 2015, o serviço de urgência do CHS é classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).
108. Sendo que, de acordo com o n.º 1 do artigo 4.º, “*é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência.*”.
109. Assim, e atento o disposto no ponto 6.2. do artigo 4.º do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 25 de julho de 2014, o sobredito Serviço de Urgência estava obrigado a ter as seguintes “*valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: a) Medicina Interna; b) Pediatria; c) Cirurgia Geral; d) Ortopedia; e) Anestesiologia; f) Imuno -Hemoterapia; g) Bloco Operatório (em permanência); h) Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC); i) Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos)*”.
110. Já de acordo com o ponto 6.3. do mesmo artigo, o apoio de algumas especialidades, como o caso de neurologia, devia materializar-se “*de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referência.*”.
111. Com interesse para estes autos, cumpre também aqui destacar que o n.º 1 do artigo 14.º do Despacho n.º 10319/2014 determina que os SUMC (tal como os SUP – Serviços de Urgência Polivalente) devem ter a capacidade para o diagnóstico clínico e imagiológico de AVC agudo e, bem assim, para efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação.
112. Por seu turno, a Norma da Direção-Geral da Saúde (doravante DGS) n.º 2/2015, de 6 de março de 2015, atualizada em 23 de outubro de 2015, fixou o dia 31 de dezembro de 2015, como data limite para os serviços de urgência implementarem e terem em funcionamento:
- a) o Sistema de Triagem de Manchester;

b) a Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010, “Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado”;

c) a Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO de 06/01/2010, “Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis.” – Cfr. § 1 e 5 da Norma da DGS n.º 2/2015;

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

III.3.2. Do Protocolo de Triagem de Manchester

114. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do respetivo sítio eletrónico,⁴

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

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

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

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

⁴ Sobre este assunto ver <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

5	Não urgente	Azul	240
---	-------------	------	-----

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

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

115. O Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2 de fevereiro de 2015, motivado pela tentativa de melhorar a qualidade dos serviços prestados nos serviços de urgência, especialmente nas situações em que se encontravam ultrapassados os tempos de espera para atendimento naqueles serviços, prevê que *“uma das formas de garantir cuidados adequados e de maior qualidade passa pela uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares que devem atuar sequencialmente ou simultaneamente consoante as situações [...] existem situações urgentes que impõem uma identificação precoce e o encaminhamento correto em tempo útil, cuja abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação e a formação do pessoal que permitam, por meios objetivos e expeditos, o apoio à decisão clínica em ambiente de urgência e a definição do papel de cada um na solução expedita de cada caso.”*
116. Note-se que o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, tinha já reconhecido como obrigatória *“[...] a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação.”*
117. Assim, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, reconhece *“[...]a importância para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triage de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos [...]”*.

118. Advogando que “[...] o MTS permite identificar uma prioridade clínica com posterior alocação do doente à área de atendimento devida, podendo também ser desenhados e aplicados, na sequência da triagem, protocolos de atuação subsequente, tal como requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista à redução do tempo do episódio de urgência e dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção.”.
119. Acrescenta ainda que “[...] o MTS é uma ferramenta que tem evoluído verifica[ndo-se] a necessidade de implementar a versão mais recente do MTS , fruto da ciência e das boas práticas atualmente existentes, nomeadamente no que se refere à possibilidade integração das vias verdes e de protocolos pediátricos nos serviços de urgência, entre outros [...] a sua implementação já se verifica em todos os tipos de urgência, pediátrica, ginecológica e de adultos, pelo que a sua generalização é possível e desejável e, constitui a única forma de comparabilidade entre níveis de procura e atendimento entre diferentes instituições prestadoras de cuidados de urgência.”.
120. Conclui aquele despacho que “[...] a escala de Triagem de Manchester prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo sendo passível de ser auditada quer interna ou externamente, conforme previsto no Protocolo celebrado entre o Ministérios da Saúde e o Grupo Português de Triagem (em 12 de novembro de 2010) e a Declaração de Princípios a ele anexa.”.
121. Assim, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, veio determinar o seguinte:
- “[...] 1 – Em episódios de urgência com apresentação tipificada na sequência da aplicação dos fluxogramas previstos no sistema de triagem, pode ser considerada a solicitação, pelo enfermeiro da triagem, de meios complementares de diagnóstico, mediante algoritmo autorizado pela direção clínica da unidade de saúde e sustentado em NOC elaborada pela DGS, a exemplo do que acontece nas vias verdes já existentes.
- 2 – Este complemento de triagem é introduzido de forma voluntária e experimental, com duração de um ano, nas unidades que forem identificadas pelas ARS como aquelas onde se possa esperar maior benefício na redução de tempos de espera.
- 3 – Os algoritmos referidos no número um são sujeitos a avaliação trimestral, nomeadamente nos resultados obtidos na redução dos tempos de espera e permanência no serviço de urgência, segurança clínica e satisfação dos utentes.
- ”

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

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

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

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

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

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

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

IV. ANÁLISE DA SITUAÇÃO CONCRETA

IV.1 Da anterior intervenção regulatória da ERS

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

“[...]”

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

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

c) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. deve afixar de forma imediata, e imperativamente no(s) local(ais) de receção e atendimento dos utentes e acompanhantes no Serviço de Urgência, ainda que no formato que considerem mais oportuno e eficaz, informação relativa aos tempos de espera expectáveis nesse Serviço de Urgência, em cada dia, e consoante a cor atribuída pelo sistema de triagem de Manchester, o que permita não só manter o utente devidamente informado sobre o tempo de espera expectável para o seu atendimento, de acordo com a cor que lhe foi atribuída, assim como, lhe forneça informação que o possa, face a esse tempo de espera, poder optar por recorrer a outro serviço de urgência ou serviço de atendimento permanente;

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

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

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

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

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

[...]”.

IV. 2. Utente MS

123. No caso da utente MS, está em causa matéria eminentemente clínica, nomeadamente, a eventual necessidade de realização de uma TAC cerebral no primeiro episódio.
124. Conforme frisou o Perito médico da ERS, sendo a TAC utilizada imperativamente em situações de cefaleia crónica, o certo é que não existe uma definição consensual desse caráter “crónico”.
125. Por outro lado, o mesmo apontou que o quadro clínico global da utente – quadro de infeção respiratória alta, raridade da situação apresentada, ausência de outros sinais neurológicos ou gerais – pode ter ocultado a existência de uma tal cefaleia crónica.
126. Concluindo o Perito que “(...) *não parece que tenha havido incorreção na abordagem do quadro clínico inicial, tendo sido respeitadas as ‘legis artis’ (...)*”.
127. Termos em que conclui que a utente foi observada e acompanhada, prendendo-se o essencial da situação com opções de foro clínico, as quais se encontram subtraídas à esfera regulatória da ERS.
128. Razão pela qual, neste ponto, a matéria deve ser reencaminhada para a Ordem dos Médicos, enquanto entidade legalmente competente para a avaliação das práticas técnicas e clínicas adotadas por profissionais médicos.
129. Ainda assim, não se pode deixar de alertar o prestador para a necessidade de garantia permanente da realização de todos os meios complementares de diagnósticos aplicáveis de acordo com as boas práticas clínicas vigentes, assegurando uma

adequada prestação de cuidados de saúde face ao hipotético diagnóstico em presença.

130. Por outro lado, verificou-se que, no primeiro episódio de urgência, não foi cumprido o tempo-alvo de atendimento previsto no Sistema de Triagem de Manchester.
131. O que desde já evidencia, portanto, uma reincidência do CHS nesta matéria e a desatenção prestada à instrução anteriormente emitida pela ERS;
132. Pelo que deve ser o prestador novamente instruído no sentido de efectivamente melhorar os seus procedimentos internos, zelando pelo cumprimento rigoroso das regras do Sistema de Triagem de Manchester, nomeadamente, dos tempos-alvo de atendimento definidos em função da triagem,
133. Bem como assegurando uma permanente monitorização e acompanhamento dos utentes no serviço de urgência enquanto aguardam observação médica (nomeadamente, através de retriagem), de forma a verificar quaisquer eventuais alterações do seu estado de saúde, assim garantido uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas.

IV.3 Utente AR

134. Relativamente ao utente AR, recorde-se que o Perito médico da ERS se pronunciou no sentido de que:

“[...]”

O quadro clínico, ainda que inespecífico, pode criar dificuldades de diagnóstico. No entanto, a presença assumida pela Instituição de uma quebra do valor de Hemoglobina da ordem dos 5 gr/dl, associada às queixas do doente e à taquicardia descrita podem fazer suspeitar de baixa súbita do hematócrito. Apesar de não ter havido evidência de hemorragia digestiva, acho que deveria ter sido ponderado o internamento e eventual transfusão de eritrócitos.

O mail adicional enviado pela reclamante acrescenta pouco à reclamação. Sem dúvida que do ponto de vista humano, o serviço de urgência poderia ter sido mais prestável, em especial no auxílio no transporte do doente entre este serviço e o serviço de Oncologia.

Relativamente ao quadro clínico, sou de opinião que, com as alterações analíticas apresentadas e em especial devido à quebra acentuada da hemoglobina, o doente deveria, provavelmente, ter sido internado.

[...].”

135. Termos em que, atendendo ao quadro global do utente – idoso de 70 anos, em cadeira de rodas, com doença oncológica e a receber tratamento de quimioterapia –, o qual o deixava, pois, numa estado de fragilidade e dependência,
136. Deveria o mesmo ter ficado internado, para uma reavaliação e acompanhamento da sua situação.
137. Acresce que a acompanhante (filha) do utente, insistindo para que o seu pai não regressasse ao domicílio, se viu forçada a arranjar uma maca, na qual o seu pai passou a noite, o que não se afigura, insista-se, de todo adequado para um utente no estado de fragilidade atrás descrito.
138. Pelo que, e uma vez reconhecido pelo próprio prestador que, “[...] *Da análise do processo de urgência, julgo terem existido falhas ao nível da comunicação entre família e profissional, e poder ser facultada ajuda na deslocação ao sector de Oncologia*”;
139. Claramente se infere a necessidade de adoção da atuação regulatória *infra* delineada no sentido do prestador ser alertado para a necessidade da prestação de cuidados de saúde se pautar não apenas por critérios de qualidade e tempestividade,
140. Mas, outrossim, por critérios de prestação humanizada desses mesmos cuidados, os quais devem ser adequados às particulares fragilidades dos utentes em presença.
141. Quanto à eventual recusa de acesso ao processo clínico, embora não haja prova suficiente nos autos de que se tenha verificado uma efetiva recusa, uma vez que o prestador referiu que “*O Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) não recebeu nenhum pedido de cópia da documentação clínica da parte da família do utente*”,
142. Também não demonstrou o prestador ter transmitido à reclamante informação clara e cabal sobre os procedimentos a adotar para garantia do acesso ao processo clínico, nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto.

Pelo que importa igualmente instruir o prestador no sentido de assegurar que aos utentes é disponibilizada informação clara e rigorosa sobre o modo como aceder aos documentos do seu processo clínico e administrativo, à luz da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, devendo tal informação constar de suporte escrito e estar afixado de forma visível aos utentes.

IV.4 Utente NC

143. No caso *sub judice*, o próprio prestador reconheceu, recorde-se, as carências existentes na área no Serviço de Imagiologia e que originaram situações como a do utente NC:

“[...]

A carência em recursos humanos médicos no Serviço de Imagiologia levou à quase rotura na realização da escala de urgência, por motivos vários a que os trabalhadores têm direito, como as licenças parentais alargadas (2 colegas), licenças sem vencimento por marido militar de carreira em serviço no estrangeiro, mais recentemente, a rescisão de um colega que foi trabalhar para o estrangeiro, por melhores condições de trabalho.

Estamos a tentar colmatar as falhas, mas há falta de radiologistas no país e na escola do próximo mês também não a consegui completar totalmente.

144. Da análise da situação concluiu-se que, relativamente a esta utente, não se verificaram, no caso concreto, deficiências no acompanhamento prestado, na medida em que esta foi acompanhada no dia em causa por várias especialidades e realizou diferentes exames.

145. Aí se incluindo a transferência – clinicamente necessária – para o Hospital Dona Estefânia.

146. O que existe, sim, – ou, pelo menos, existia à data –, é uma estrutural carência de recursos na área da Imagiologia, a qual obrigou justamente a transferir a utente para o Hospital Dona Estefânia, donde voltou, após exclusão de patologia cirúrgica, para o Centro Hospitalar de Setúbal.

147. No mesmo sentido foi parecer do Perito médico da ERS:

“[...]

Relativamente à situação da adolescente com dor abdominal, que terá sido transferida para unidade hospitalar de Lisboa para realizar ecografia abdominal, tal situação deveu-se, aparentemente, a escassez de médicos radiologistas no Hospital de Setúbal, que parece estar devidamente justificada, pela escala e motivos apresentados. De referir que a escala de urgência foi feita com apenas 4 radiologistas, para um mês inteiro.

A Instituição não tinha radiologistas. A doente teve acesso a cuidados médicos. Foi necessária uma ecografia e foi realizá-la noutra Instituição. Os cuidados foram assegurados. Na minha perspectiva, grave seria a doente ter ficado sem fazer o exame por não haver alternativa.

[...].

148. Razão pela qual, neste ponto, importa garantir uma atuação regulatória junto do prestador no sentido de, independentemente da necessidade de resolver/mitigar os problemas estruturais identificados, dever garantir a realização tempestiva de todos os meios complementares de diagnósticos aplicáveis, de acordo com as boas práticas clínicas vigentes, assegurando uma adequada prestação de cuidados de saúde face ao hipotético diagnóstico em presença.

IV.5 Utente TR

149. Também neste caso estão essencialmente em causa práticas e opções do foro clínico tomadas pelos profissionais médicos que acompanharam o utente.
150. E, também aqui, resulta dos dados em análise que o utente foi sempre recebendo acompanhamento atento por parte dos serviços do prestador em ambos os episódios em que foi atendido,
151. Mais a mais tendo sido respeitados os tempos-alvo de atendimento previstos no Sistema de Triagem de Manchester.
152. Em face do caso concreto, o Perito médico da ERS aduziu parecer de teor idêntico:

[...]

A situação relatada do adolescente com dor testicular parece ter sido adequadamente avaliado, quer clínica, quer no estudo imagiológico solicitado, que excluiu a hipótese de torsão testicular. Este quadro clínico é facilmente confundível com o de orquiepididimite, sendo a ecografia um dado importante para o diagnóstico diferencial. O ressurgimento do quadro clínico aumenta a probabilidade de diagnóstico correcto, como aliás foi o caso. Os procedimentos que permitiram a realização da intervenção cirúrgica foram demorados, devido às contingências da transferência do doente para centro com cirurgia pediátrica e da demora inerente a um serviço de urgência central.

Acrescento o facto de haver um segundo estudo ecográfico a referir que mantinha sinal de Doppler positivo. O diagnóstico foi feito numa base puramente clínica.

Do ponto de vista clínico entendo que foram cumpridas as “legis artis”.

[...].

153. Entendimento reforçado pelo mesmo Perito quando confrontado com os autos do processo de inquérito interno entretanto aberto pelo prestador:

“[...]”

O processo de inquérito disponibilizado tem abordagem similar ao parecer emitido anteriormente. Muito provavelmente, atendendo ao tempo de início entre os sintomas e a primeira observação (três dias), se a intervenção cirúrgica tivesse sido efectuada nesse momento, o resultado final seria o mesmo (orquidectomia).

[...]”.

154. Acresce, no que concretamente diz respeito à transferência do utente, que se constatou ter sido feita pelos pais deste, em viatura própria, ficando sem se compreender o motivo para o prestador não ter diligentemente acionado os seus próprios meios de transporte.
155. Mais a mais sendo de presumir, com base nos dados presentes nos autos, que os pais do utente não assinaram Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte Hospitalar, conforme o prestador lhes devia ter solicitado;
156. Pelo que importa garantir a intervenção regulatória *infra* delineada no sentido de garantir que as transferências inter-hospitalares de utentes operacionalizadas pelo CHS são sempre realizadas em prol do melhor interesse do utente, garantindo a prestação integrada, continuada e humanizada dos cuidados de saúde que as mesmas visam promover.

IV. 6. Conclusão

157. Tudo somado, e não obstante as questões de teor clínico acima já assinaladas e cuja análise deve caber à Ordem dos Médicos enquanto entidade legalmente competente para o efeito,
158. Foram registadas várias irregularidades e deficiências no acesso e qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes pelo prestador, os quais cabe à ERS salvaguardar.
159. Desde logo, irregularidades que passam pelo incumprimento do tempo-alvo de atendimento previsto nas regras da Triagem de Manchester.
160. Assim como deficiências que se reconduzem a uma carência de humanização dos cuidados prestados a utentes com quadros de fragilidade específico, nomeadamente, em virtude da idade e da patologia.

161. E deficiências, ainda, no que respeita à transferência de utentes, cujo transporte inter-hospitalar deve ser sempre realizado, preferivelmente, pelo prestador, e com as adequadas condições de segurança e eficiência,
162. Ou, na hipótese de os utentes entenderem realizar o transporte por si próprios, deve ser levado a cabo com garantias de autorresponsabilização por parte daqueles.
163. Matérias, pois, sobre as quais importa a ERS exercer o seu poder regulatório, de forma a conformar o comportamento do prestador às melhores práticas garantidoras de cuidados de saúde adequados e de qualidade aos utentes.

V. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

164. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo, para o efeito, sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, os reclamantes e o prestador.
165. Decorrido o prazo concedido, apenas foi rececionada, em 25 de janeiro de 2018, a pronúncia do prestador.

V.1 Da análise da pronúncia do prestador

166. Em sede de audiência dos interessados, veio o prestador pronunciar-se nos seguintes termos:

“(…)

i) O CHS possui um procedimento que define o circuito que o utente tem de percorrer, desde a sua chegada ao SUG até à sua saída do mesmo, seja por alta clínica ou transferência, tendo em conta:

-A estrutura física do SUG;

-A finalidade a que o SUG se destina;

-A otimização dos recursos humanos e logísticos disponíveis;

-A minimização dos tempos de espera, promovendo a celeridade do atendimento do utente.

Conforme Procedimento de circuito de gestão de doentes PS.URGR.007, e L anexo 1.

ii) [...]

Este procedimento engloba todas as fases do atendimento e avaliação, desde o momento da triagem, incluído o internamento de doentes que necessitem de permanecer em vigilância permanente e estabilização da sua situação clínica (anexo- Procedimento de circuito de gestão de doentes PS.URGR.007).

iii) *Em novembro de 2016 o CHS procedeu à separação dos doentes com pulseiras verdes e azuis com a criação do Balcão de Atendimento Complementar, composto por 2 gabinetes de atendimento médico, e um posto de tratamentos de enfermagem.*

Este encaminhamento permitiu uma melhor gestão dos tempos de espera para atendimento médico, bem como uma adequação dos recursos às respectivas prioridades de atendimento, vide também procedimento circuitos de gestão de doentes PS.URGR.007, em anexo 1.

Os tempos alvo de atendimento por cor de triagem de Manchester são também divulgados em cartaz colocado à entrada das salas de espera dos utentes do SUG, conforme preconizado pelo Grupo Português de Triagem, e os tempos de atendimento em cada momento são divulgados por ecrã colocado nas mesmas salas de espera.

iv) *O CHS tem implementado um procedimento de retriagem de doentes no SUG. A Retriagem é realizada a todos os doentes que apresentem alterações da sua situação clínica e aos doentes cujo tempo de espera ultrapassou o tempo alvo para cada prioridade, conforme procedimento que se anexa (anexo 2- Procedimento de operacionalização da Retriagem de Enfermagem no Serviço de Urgência Geral PS.URGR.020).*

Igualmente, o CHS tem implementado um procedimento para avaliação da prioridade no Atendimento da Criança/Jovem/ Família na triagem da Unidade de Urgência Pediátrica, (anexo 3). A retriagem é efetuada sempre que os limites de tempo preconizados em cada cor são ultrapassados ou quando os pais julgarem pertinentes (esta indicação verbal é dada aos pais aquando da realização da I o triagem).

v) *O CHS no que diz respeito ao cumprimento da Lei n.º. 26/2016, de 22 de agosto, dispõe de informação sobre acesso a informação de saúde, no sítio da instituição, em para utentes e visitantes- informações úteis - Acesso a informação clínica. Está também disponível em alguns pontos estratégicos da instituição, nomeadamente: entrada principal, sala de espera do serviço de urgência geral e sala de espera da consulta externa, o respetivo cartaz, (anexo 4).*

vi) O *SUG* dispõe de um laboratório de patologia clínica no interior das suas instalações dotado com capacidade para a realização de exames laboratoriais em resposta às solicitações clínicas.

O *CHS* tem procurado de modo proactivo mitigar algumas limitações de recursos, designadamente, procurando dotar os serviços de equipamentos considerados necessários ao adequado desempenho técnico-clínico, sendo testemunho deste facto a aquisição e disponibilização de novos equipamentos de ecografia afetos ao Serviço de Urgência Geral e ao Serviço de Imagiologia, entre outros, os quais traduzem o efetivo empenho da instituição em incrementar os recursos técnicos de obtenção e tratamento de imagem médica, em muitas ocasiões essenciais para a formulação atempada do diagnóstico e tratamento do doente.

Assim, no que concerne à realização dos meios complementares de diagnóstico aplicáveis que concorrem para o diagnóstico e tratamento tempestivo do doente, não obstante os condicionalismos estruturais oportunamente identificados, designadamente, pela Sra. Dra. Diretora do Serviço de Imagiologia, o *CHS* garante a promoção da realização tempestiva de todos os meios complementares de diagnóstico aplicáveis, de acordo com as normas e boas práticas clínicas vigentes, considerando os recursos materiais e humanos disponíveis.

vii) O *SUG* procede à avaliação de doentes a transferir de acordo com as valências do *CHS* e a rede referênciação inter-hospitalar, mediante cumprimento do protocolo de transporte secundário, que contempla acompanhamento por médico e/ou enfermeiro de acordo com a escala de apoio.

Sobre esta matéria o *CHS* possui Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico ALT.06, em anexo 5, que contempla quer o transporte intrahospitalar, quer o transporte secundário de doentes.

viii) Como referido no ponto (vii) o *CHS* tem implementado um Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico, em anexo 5, atuando ainda em conformidade com o Despacho 5058-D/2016, de 13 de abril.

No que diz respeito ao transporte não urgente de doentes o *CHS* rege-se pelo disposto na Portaria 142-B/2012, de 15 de maio, e respetivas alterações.

Assim, na sequência do exposto, considera o *CHS* que cumpre o disposto nos diplomas legais, de forma, a prosseguir a melhoria contínua assistencial aos seus utentes.

(...)"

167. Cumpre analisar os elementos invocados na pronúncia do prestador, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem ou alterarem a deliberação projetada.
168. Da pronúncia transcrita resulta que, embora o prestador apresente alguns dos procedimentos adotados – os quais, assinale-se, encontravam-se já em vigor à data dos factos analisados nos presentes autos –,
169. Os mesmos não se revelaram suficientes para acautelar as situações descritas, nomeadamente, no que ao cumprimento dos tempos-alvo previstos no Sistema de Triagem de Manchester diz respeito.
170. Devendo tais procedimentos, por isso, ser revistos e atualizados, no sentido do pleno cumprimento da instrução *infra*.
171. Por outro lado, relativamente às sinaléticas informativas do direito de acesso a informação de saúde, o prestador não fez prova documental – nomeadamente, através de junção aos autos de comprovativo fotográfico – da afixação das mesmas em diversos pontos das suas instalações.
172. Acresce que o prestador não se pronunciou sobre as exigências de humanidade na prestação de cuidados de saúde adequados às circunstâncias particulares dos utentes,
173. Tão-pouco sobre a necessidade de, nos casos em que o transporte inter-hospitalar seja realizado pelo utente em viatura própria, ser assinado previamente um Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte Hospitalar, ficando ainda registado, sempre que tal for aplicável, que tal foi uma opção do utente, em virtude de ter sido sujeito a um tempo de espera excessivo para efetivação do transporte;
174. Assim se concluindo, pois, que a pronúncia do prestador não infirma nem altera o sentido do projeto de deliberação elaborado, mantendo-se a necessidade do mesmo.

VI. DECISÃO

175. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 24.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., nos seguintes termos:
- (i) Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, em especial no Serviço de Urgência, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente,

com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

- (ii) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade dos utentes, não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e ponderando adequadamente a conveniência do seu internamento para reavaliação;
- (iii) Zelar pelo cumprimento rigoroso das regras do Sistema de Triagem de Manchester, nomeadamente, dos tempos-alvo de atendimento definidos em função da triagem;
- (iv) Implementar procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados enquanto aguardam observação médica (nomeadamente, através de retriagem), de forma a verificar quaisquer eventuais alterações do seu estado de saúde, e que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas;
- (v) Assegurar que aos utentes é disponibilizada informação clara e rigorosa sobre o modo como aceder aos documentos do seu processo clínico e administrativo, à luz da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, devendo tal informação constar de suporte escrito e estar afixado de forma visível aos utentes;
- (vi) Garantir a realização tempestiva de todos os meios complementares de diagnósticos aplicáveis, de acordo com as boas práticas clínicas vigentes, assegurando uma adequada prestação de cuidados de saúde face ao hipotético diagnóstico em presença;
- (vii) Garantir que as transferências inter-hospitalares de utentes por si operacionalizadas sejam sempre realizadas em prol do melhor interesse do utente, garantindo a prestação integrada, continuada e humanizada dos cuidados de saúde que as mesmas visam promover;
- (viii) Garantir que, sempre que esteja em causa o transporte inter-hospitalar de um utente e este, por qualquer razão, entenda deslocar-se em viatura própria, seja por este assinado previamente o Termo de Responsabilidade

de Recusa de Transporte Hospitalar, ficando ainda registado, sempre que tal for aplicável, que tal foi uma opção do utente, em virtude de ter sido sujeito a um tempo de espera excessivo para efetivação do transporte;

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

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

177. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Ordem dos Médicos.

Porto, 9 de fevereiro de 2018.

O Conselho de Administração.