

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/014/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 4 de abril de 2017, da reclamação subscrita por A.R., no livro de reclamações do Hospital Distrital de Pombal, que integra o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (HDP-CHL), entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 21485.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/19637/2017, a exponente alega, em suma, que o utente J.C. foi transferido do HDP-CHL para o Centro

Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), sem que a família fosse previamente informada de tal procedimento e, bem assim, que num espaço de 24h o utente foi sujeito a duas novas transferências hospitalares, desta feita do CHUC para o Hospital de Santo André, que também integra o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (HSA-CHL) e, daí, novamente, para o HDP-CHL.

3. Para uma averiguação preliminar dos factos enunciados pela exponente, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, em 12 de dezembro de 2017, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/160/2017.
4. No entanto, face à necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 9 de fevereiro de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/014/2018, com o intuito de aferir da adequação dos procedimentos adotados pelos prestadores no decurso da situação trazida aos autos e a sua compatibilidade com o direito de acesso à prestação integrada, continuada e tempestiva de cuidados de saúde, e, bem assim, com a necessidade de salvaguarda do direito ao acompanhamento do utente.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL), constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado no SRER da ERS;
 - (ii) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado no SRER da ERS sob o n.º 11716;
 - (iii) Pedido de elementos enviado ao CHL em 28 de dezembro de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 31 de janeiro de 2018;
 - (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente em 1 de março de 2018;
 - (v) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao CHUC em 1 de março de 2018, e análise da resposta rececionada pela ERS em 3 de abril de 2018;

- (vi) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos adicional enviado ao CHL em 1 de março de 2018, com insistência de 9 de abril de 2018, e análise da resposta rececionada pela ERS em 12 de abril de 2018;
- (vii) Novo pedido de elementos enviado ao CHL em 18 de abril de 2018, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 26 de abril de 2018;
- (viii) Pedido de relatório de apreciação clínica a perito médico consultor da ERS a 27 de abril de 2018, com adenda de 4 de maio de 2018, e análise do respetivo parecer.

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação

6. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente:

“[...]

No dia 9 de janeiro de 2017 o utente J.C. deu entrada no Hospital Pombal com queixas de desorientação, disartria e diminuição da força muscular, por volta das 17h30. Cerca das 21h foi dada a informação de que seria pertinente ter a roupa dele, motivo pelo qual, após avisar a equipa de enfermagem e de ter indicado que demoraria entre 30 minutos a 40, me ausentei do serviço de urgência. Aquando do meu regresso, o utente já não se encontrava no S.U. tendo sido transferido para os CHUC-HUC sem qualquer informação à família / acompanhante. Não foi entregue qualquer informação clínica. Após chegada aos HUC não foi permitido o acompanhamento do doente com 86 anos e desorientado sob pretexto de sobrelotação. Após as 5h, já nos HUC, foi comunicada nova transferência para o Hospital de Santo André, pertencente ao Centro Hospitalar de Leiria, por não haver vagas em Coimbra. Por volta das 13h do dia 10/1/17 foi novamente transferido para o Hospital de Pombal por não haver vagas em Leiria. Passou todo o tempo, superior a 24h nas urgências, entre o Hospital de Pombal, Coimbra e Leiria. Não houve diagnóstico informado à família, nem confirmação dos exames realizados à exceção do TAC, realizado em Coimbra. [...]”

7. Em resposta à referida reclamação, o CHL remeteu à exponente, em 2 de março de 2017, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

Em resposta à exposição em epígrafe, a qual mereceu a nossa melhor atenção, vimos informar que o Diretor do Serviço de Urgência prestou o seguinte esclarecimento:

“Pertencendo o doente a Avelar, admitimos que tenha sido essa a razão pela qual o doente foi transferido para o CHUC e não diretamente para o HSA.

O reenvio do doente do CHUC para o CHL pode levantar algumas questões logísticas.

Informo-a que o objetivo clínico mais relevante era avaliar se o doente em causa tinha uma lesão vascular cerebral recente.

Lamentamos o incómodo dos factos que relatou.”

II.2. Do pedido de elementos ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL)

8. Considerando a necessidade de carrear elementos adicionais para os autos, foi enviado um pedido de elementos ao CHL, por ofício datado de 28 de dezembro de 2017, concretamente solicitando:

“[...]”

1. *Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada, sobre a situação descrita na referida reclamação, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais;*
2. *Envio de cópia do relatório do episódio de urgência (Alert), do utente J.C., de 9 de janeiro de 2017;*
3. *Indicação, com envio do respetivo suporte documental, dos procedimentos vigentes para comunicação/articulação com os familiares dos utentes, no âmbito de procedimentos de transferência para outras unidades hospitalares;*
4. *Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente J.C., acompanhados do respetivo suporte documental, designadamente, cópia das fichas que suportam as diligências de contacto realizadas para o efeito, indicando:*
 - i. *Data e hora da realização do contacto;*
 - ii. *Identificação do profissional responsável pela realização do contacto por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*
 - iii. *Concretização dos cuidados específicos que se visavam acautelar com a transferência do utente.*

5. *Indicação de medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental;*
 6. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
9. Nessa senda, e após prorrogação do prazo concedido para resposta, veio o CHL, por ofício datado de 26 de janeiro de 2018, remeter os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

Reportando-nos ao vosso ofício em referência, relativo ao processo de avaliação em epígrafe, cumpre-nos informar V. Ex.^a dos esclarecimentos prestados pela Sr.^a Diretora do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Leiria:

"Da consulta do processo clínico verificou-se que o Sr. J.C. recorreu ao Serviço de Urgência Básica de Pombal (SUB) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), no dia 9 de Janeiro de 2017, tendo sido atribuída na triagem de prioridades a cor Laranja.

Após observação clínica concluiu-se na necessidade urgente da realização de uma TAC de crânio.

Do registo do médico e após questionar o serviço de imagiologia confirma-se, que nesse mesmo dia o equipamento de TAC do CHL não estava a funcionar.

Nessa altura e nestas circunstâncias estava acordado com Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o envio destes doentes para a realização do exame complementar de diagnóstico dado ser o nosso hospital de referência.

Perante esta situação e verificando que o doente tem como morada [...] Avelar, localidade pertencente à área de influência do CHUC mais reforça a justificação do envio do doente a esta unidade hospitalar.

Também da consulta do processo se verifica que o doente dá novamente entrada no CHL no dia 10/01/2017 mais concretamente no Hospital Santo André - Leiria, enviado do CHUC para continuação de cuidados.

Mais uma vez se afirma que o doente é residente em Avelar que pertence ao concelho de Pombal, logo da área de influência do Hospital de Pombal o que mais uma vez motivou a transferência deste para esse hospital.

Novamente neste hospital foi observado, onde, verificando-se a estabilidade clínica e sem critérios para internamento, pelo que teve alta clínica. Nesse momento foi então

entregue o doente aos familiares, acompanhado da nota de alta como se pode verificar nos registos.

Neste momento não é possível aferir quais os contactos efectuados entre os diferentes hospitais: tanto do Hospital de Pombal com o CHUC quer deste com o Hospital Santo André, e o Hospital Santo André com o Hospital de Pombal.

Atendendo à distância temporal neste momento não nos é possível determinar com clareza como, quem e de que forma foi informada a família deste utente. O que podemos verificar é que os contactos presentes no processo do doente não correspondem ao contacto fornecido pela reclamante, como se pode verificar em documento anexo.

Relativamente aos sistemas de comunicação/articulação com os familiares, o Hospital Santo André tem aprovado um procedimento - Gabinete de informação do serviço de urgência geral HSA, documento esse que se anexa. No ponto 7.2 pode-se verificar que uma das funções da assistente operacional telefonista é: realizar chamadas para informar sobre as situações específicas: alta clínica, internamento e transferências." Faz parte das práticas instituídas sempre que um doente é transferido ser informada a família.

Apesar dos SUB não terem formalmente um Gabinete de informações é seguida a mesma prática. Neste momento como medida correctiva encontra-se em formalização um procedimento específico para informação aos familiares relativamente a este assunto, adequado ao funcionamento dos SUBs".

10. Em anexo a tais esclarecimentos, o CHL juntou os seguintes documentos:

- (i) Relatório do episódio de urgência de dia 9 de janeiro de 2017;
- (ii) Relatório do episódio de urgência de dia 10 de janeiro de 2017;
- (iii) Nota de alta do serviço de urgência de dia 11 de janeiro de 2017;
- (iv) *Print screen* da página do processo clínico – *SClínico* – do utente J.C., de onde constam os contactos móveis do acompanhante designado;
- (v) Procedimento do “Gabinete de Informações do Serviço de Urgência Geral HSA”, datado de 19 de maio de 2016.

11. Na sequência do exposto, por ofício datado de 1 de março de 2018, a ERS enviou um pedido de esclarecimentos adicional ao CHL, concretamente solicitando:

“[...]”

1. *Indicação, detalhada e pormenorizada, dos procedimentos desencadeados para a transferência do utente do Hospital de Santo André para o Hospital Distrital de Pombal, ambos integrados no Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., acompanhados do respetivo suporte documental;*
 2. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]*
12. Assim, por ofício rececionado na ERS em 12 de abril de 2018, veio o CHL remeter os seguintes esclarecimentos adicionais:

[...]

Reportando-nos ao vosso ofício em referência, relativo ao processo de Inquérito em epígrafe, cumpre-nos informar V. Ex.^a dos esclarecimentos prestados pela Sr.^a Diretora do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Leiria:

"Na sequência da resposta dada previamente à ERS (nosso ofício com a referência SAI.CHL 00786 do dia 2018.01.26), novamente se afirma que o doente pertence à área de influência do Hospital de Pombal, pelo que estando o doente hemodinamicamente estável e sem necessitar de cuidados médicos mais diferenciados, o chefe de equipa optou pelo envio do mesmo para essa unidade para continuação de cuidados.

O doente foi recebido na unidade hospitalar de Pombal pelo internista de serviço que assegurou a continuação desses cuidados.

Também se reafirma que é prática comum deste Centro Hospitalar, que sempre que um doente é transferido, proceder à informação da família do próprio através de contato telefónico efetuado pela telefonista de serviço e a equipa de enfermagem, também por contato telefónico, faz a passagem de informação clínica.

Mais informamos que a transferência de doentes obedece ao Procedimento - Transferência e Transporte Interno de Doentes, em vigor no Centro Hospitalar de Leiria, o qual refere no artigo 5.2 - TRANSFERÊNCIA/TRANSPORTE DE DOENTES ENTRE SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO CHL:

" a) O médico determina a necessidade de transferência do doente, articulando com o médico do hospital de destino. A decisão do tipo de acompanhamento do doente tem por base o SADT;

b) Aquando da decisão de transferência, o médico efetua no SClínico - Módulo de Urgência um breve resumo onde consta o motivo e critérios de transferência, a lista de problemas e plano provisório.

c) O médico articula com o AT/enfermeiro responsável pela gestão da informação para informar a família/acompanhante da transferência do doente.

d) O AT do Serviço de Urgência de origem efetua os procedimentos necessários ao pedido de transporte, iniciando o processo de transferência no sistema informático.

e) O enfermeiro do serviço de urgência de origem verifica se o doente se encontra devidamente preparado para a transferência (condições de higiene, execução de actividades terapêuticas, roupas adequadas);

f) O doente é transportado até ao Serviço de Urgência do hospital de destino.

g) O tripulante da ambulância dirige-se à admissão de doentes do hospital de destino para validar a chegada do doente com o AT.

h) Nesta altura o doente passa a integrar a lista de doentes para triar no hospital de destino.”.

13. Tendo em consideração os esclarecimentos prestados, a ERS remeteu um novo pedido de elementos ao CHL, por ofício de 18 de abril de 2018, solicitando o envio do suporte documental do referido Procedimento de “*Transferência e Transporte Interno de Doentes*”, o que veio a ser remetido por esse Centro Hospitalar em 26 de abril de 2018.

II.3. Do pedido de elementos ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC)

14. Adicionalmente, foi remetido um pedido de elementos ao CHUC, por ofício também datado de 1 de março de 2018, concretamente solicitando:

“[...]”

- 1. Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada sobre a situação descrita na aludida reclamação, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais;*
- 2. Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pelo utente com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
- 3. Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente para o CHL – Hospital de Santo André, acompanhados do respetivo suporte documental, designadamente, cópia das fichas que suportam as*

diligências de contacto realizadas para o efeito, indicando i) a data e hora da realização do contacto e ii) o profissional responsável pela realização do contacto por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido.

4. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos procedimentos em vigor, no que respeita ao acompanhamento de utentes no Serviço de Urgência;*
 5. *Esclarecimento, fundamentado e documentalmente suportado, sobre a decisão de proibição de entrada dos acompanhantes no Serviço de Urgência nos dias 9 de 10 de janeiro de 2017;*
 6. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos procedimentos empregues no caso concreto relatado pela A.R.;*
 7. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*
15. Assim, veio o CHUC, por ofício rececionado em 3 de abril de 2018, remeter os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

No seguimento da notificação de abertura do processo de inquérito N° ERS/014/2018, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), vem por este meio dar resposta às questões colocadas:

1. Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada sobre a situação descrita na aludida reclamação, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais;

O utente J.C, com Episódio de Urgência [...], de 09 de janeiro de 2017, foi admitido no Serviço de Urgência A, do Pólo HUC-CHUC, referenciado pelo Hospital de Leiria, para observação, pela Neurologia, por suspeita clínica de Acidente Vascular Cerebral em evolução e por não existir disponibilidade de realização de TAC CE no Hospital de Leiria, tal como informação descrita no episódio de urgência (Anexo I).

Este utente esteve a receber cuidados na área médica 2, do Serviço de Urgência, que corresponde a uma área destinada a doentes de foro médico, que inclui doentes de Medicina Interna, Neurologia, Pneumologia, Cardiologia, Gastrenterologia, Nefrologia e Hematologia, com prioridade amarela e laranja e com necessidade de tratamentos ou monitorização.

Referimos que o número de doentes e os tratamentos realizados nesta sala (de monitorização, colocação de sondas, etc), não permite a permanência de

acompanhantes, nomeadamente porque o espaço físico é reduzido para o número atual de doentes, essencialmente constituído por doentes em maca para tratamentos e monitorização, com tempo de permanência em média de 4/6 horas, assim como não garante a privacidade do doente, nem da sua informação clínica, considerando a presença de pessoas não profissionais de Saúde.

Neste contexto, o direito dos utentes a acompanhante é respeitado, desde que não comprometa as condições e os requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação dos cuidados médicos. Porém, sempre que é possível e existirem as condições adequadas, para o exercício da atividade clínica, nesta área de tratamento, os acompanhantes estão presentes. Não sendo possível, ficam apenas os acompanhantes, por indicação dos profissionais de Saúde, que decorre da condição clínica do doente. Tal como aconteceu no dia 09 de Janeiro de 2017, em que o número total de doentes admitidos nesse dia, segunda-feira (sempre um dos dias da semana de maior afluência ao Serviço de Urgência), foi de 514 doentes (anexo II). 1

O Uteute foi avaliado e orientado para o hospital de origem para continuidade do estudo clínico.

2. Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pelo utente com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;

A informação sobre todas as etapas percorridas pelo utente, durante o episódio de urgência, extraída do sistema de informação ALERT, consta do "Relatório completo de episódio de urgência" e responde às questões colocadas - Anexo I

3. Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente para o CHL - Hospital de Santo André, acompanhados do respetivo suporte documental, designadamente, cópia das fichas que suportam as diligências de contato realizadas para o efeito, indicando i) a data e hora da realização do contato e ii) o profissional responsável pela realização do contato por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;

O Serviço de Urgência não tem o registo do contato do Hospital de Leiria.

4. Descrição pormenorizada e documentalmente suportada, dos procedimentos em vigor, no que respeita ao acompanhamento de utentes no Serviço de Urgência;

Os acompanhantes no Serviço de Urgência do CHUC não têm proibições, mas sim limitações com o objetivo de garantir o bom funcionamento de um serviço com amplitudes, diárias e horárias, de doentes muito variáveis e imprevisíveis. Tal como indica a média diária de doentes em 2017, que se aproximou dos 480 doentes, tendo havido máximos de 580 doentes, em alguns dias.

No sentido de garantir as melhores condições de prestação de cuidados aos utentes, no Serviço de Urgência, foram estabelecidas orientações relativamente ao acompanhamento de utentes, pelo procedimento "Acompanhamento de doentes" - Anexo III.

5. Esclarecimento, fundamentado e documentalmente suportado, sobre a decisão de proibição de entrada dos acompanhantes no Serviço de Urgência, nos dias 9 e 10 de Janeiro de 2017;

Os acompanhantes não estão proibidos de entrar no serviço de Urgência A do Pólo HUC-CHUC. A limitação ao acompanhamento de doentes é fundamentada no reconhecimento da incapacidade em prestar, de forma segura, um atendimento adequado sempre que nas salas de doentes de maior complexidade clínica está um número superior à sua capacidade, tornando o espaço exíguo para utentes e profissionais.

Salienta-se que, em qualquer local do Serviço de Urgência, o acompanha[mento] em permanência salvaguarda os menores, os deficientes e todos os doentes em que a condição clínica o justifica.

6. Descrição pormenorizada e documentalmente suportada, dos procedimentos empregues no caso concreto relatado pela exponente A.R.;

No dia 9 de Janeiro de 2017, os procedimentos realizados foram os descritos nos pontos anteriores. A Neurologia observa os doentes com suspeita clínica de Acidente Vascular Cerebral, na área médica 2, que está integrada na sala, que inclui doentes de outras especialidades e sujeita a limitações (conforme anexo III).

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

Tendo em conta todas as dificuldades sentidas e as limitações estabelecidas, o Serviço de Urgência transmite informações de forma regular aos cuidadores ou familiares que não estejam junto do doente e, sempre que as condições o permitam, o familiar vai junto do doente, procedimentos que foram efetuados no caso do utente, J.C., conforme registos do Episódio de Urgência (Anexo II).”.

16. Em anexo a tais esclarecimentos, o CHUC remeteu os seguintes documentos:
- i. Relatório do episódio de urgência do utente J.C. de dia 9 de janeiro de 2018;
 - ii. Registos dos episódios de urgência, diários e por turno, de 9 a 10 de janeiro de 2018;
 - iii. Procedimento de "Acompanhamento de doentes" em vigor no Serviço de Urgência do CHUC.

II.4. Do pedido de parecer clínico

17. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos factos em presença, em 27 de abril e 4 de maio de 2018, foi solicitado parecer técnico a perito médico consultado pela ERS, cujas conclusões, em suma, se reconduzem a:

“[...]”

A situação reportada refere-se a um doente que deu entrada no Hospital de Leiria [Pombal] com suspeita clínica de AVC. Foi necessário transferir o doente para o CHUC por avaria da TAC em Leiria. No CHUC o doente foi observado por Neurologia, fez TAC cerebral e, por aparente ausência de lesões agudas foi re-transferido para o Hospital de Leiria [Santo André].

No Hospital de Leiria [Santo André], e em virtude de pertencer à área geográfica de Pombal foi encaminhado para esta Unidade.

No Centro Hospitalar de Leiria apenas há um registo claro de contacto com a família do doente na altura da alta, já no Hospital de Pombal [f]ica a dúvida de contactos anteriores com os familiares quer relativos ao estado de saúde do doente, quer relativos à necessidade de transferência para o CHUC, quer para a Unidade de Pombal.

Também não fica claro a existência de eventuais contactos entre as Unidades Hospitalares prévios às transferências.

No CHUC há pelo menos duas referências a informação à família do doente por parte de elementos de enfermagem, um dos quais a informar do envio do doente para Leiria.

A reclamação ainda refere as dificuldades em acompanhar presencialmente o doente durante a estadia nos vários Hospitais, sendo que o CHUC responde adequadamente e justifica o motivo dessa dificuldade com a falta de condições e excessivo fluxo de doentes. Relativamente ao CHL não há qualquer referência ao problema nem justificação para a situação reportada na reclamação.

ADENDA (04/05/2018) – [...] Relativamente ao transporte inicial, havia, sem dúvida, uma suspeita de AVC, aliás motivo da transferência para o CHUC, para realização de TAC cerebral. A activação da Via Verde de AVC depende dos critérios locais para activação da mesma, sendo que a maioria das Instituições hospitalares apresenta um limite de 80 anos do paciente para activação da mesma [...].

18. Assim, conclui, em suma, o perito consultado pela ERS que:

[...]

Parecem não ter existido contactos prévios entre as Instituiç[ões] para efectuar as transferências do doente. Estes contactos poderiam ter evitado a última transferência entre Leiria e Pombal, pois, aparentemente, devido à estabilidade do quadro clínico o doente poderia ter sido enviado directamente de Coimbra para a última cidade.

Por outro lado, se o doente não apresentava critérios de internamento fica a dúvida relativa à necessidade de transferência para Pombal e porque não a alta do mesmo directamente para o domicílio a partir de Leiria.

Relativamente ao acompanhamento do doente por parte do familiar, a resposta do CHUC parece adequada sendo justificativa da não presença de familiares/acompanhantes junto dos doentes.

[...]

Nunca é demais reforçar a necessidade de contactos prévios entre Instituições para articular a transferência de doentes. Esta articulação pode obviar a situações como a descrita.

Também a informação prestada pelos profissionais de saúde aos acompanhantes é crítica, o que parece não se ter verificado no CHL – Unidade de Leiria.

Por outro lado, relativamente ao acompanhamento do doente a falta de condições logísticas e de instalações adequadas, face ao elevado fluxo de doentes, impõe, necessariamente, a colocação de limitações à mesma.”.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

19. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência,

respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;

20. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
21. Consequentemente, o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. estão sujeitos à regulação da ERS, encontrando-se inscritos no SRER da ERS, respetivamente, sob os ns.º 21485 e 11716.
22. 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”*.
23. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas a), c) e d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, *“assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”*.
24. No que toca à alínea a) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 11.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento”*.
25. Já no que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas”*.
26. Finalmente, e a propósito do objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS *“garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”*.

27. 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.
28. Ora, tal como configurada, a situação denunciada poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses do utente J.C., 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.
29. Pelo que, perante este enquadramento, resulta a necessidade da análise dos factos, tal como denunciados, sob o prisma de um eventual desrespeito do direito dos utentes a receberem com prontidão, humanamente, com respeito e num período de tempo considerado clinicamente aceitável os cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, nomeadamente, em situações de especial vulnerabilidade.

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

30. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual é assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
31. 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”;

32. 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”.

33. Por outro lado, e em concretização de tal garantia de acesso ao SNS, é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde um conjunto vasto de direitos, onde se inclui o direito a que os cuidados de saúde sejam prestados em observância e estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

34. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”.*

35. 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).

36. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).

37. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”.*

38. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente¹, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.

39. 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*

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

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”.

40. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, obvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
41. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.

III.3. Da Rede de Serviço de Urgência

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

42. 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.
43. 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.
44. A Rede de Referenciação de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes naquela Rede, integrando

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

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).

45. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
46. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto³, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”*.
47. Por força do Despacho do Ministro da Saúde n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro, publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 230, de 24 de novembro de 2015⁴, o serviço de urgência do Hospital Distrital de Pombal (integrado no CHL) é classificado como um serviço de urgência básica (SUB), o serviço de urgência do Hospital de Santo André (integrado no CHL) é classificado como um serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e os Hospitais da Universidade de Coimbra (integrados no CHUC) são classificados como um serviço de urgência polivalente (SUP).
48. Sendo que, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, *“Os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência”*;
49. Ao passo que, *“O SUMC 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”*;
50. Por fim, *“O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área”*.

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

⁴ O Despacho do Ministro da Saúde n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro, retificou o Anexo do Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro de 2015, que, por sua vez, revogou o Despacho do Ministro da Saúde n.º 5414/2008, de 28 de janeiro de 2008.

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

51. O Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 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.”*.
52. Note-se que o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, referido *supra* 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.”*.
53. Assim, o presente Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde vem determinar o seguinte: *“[...] reconhecida a importância para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos [...]”*;
54. Ao que acresce 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.”*;

55. Mais acrescentando 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 de 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.”;
56. Conclui o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde 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 Ministério da Saúde e o Grupo Português de *Triagem* (em 12 de novembro de 2010) e a Declaração de Princípios a ele anexa.”.
57. Em suma, o aludido Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, 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. [...]”.

III.3.3. Do Protocolo de Triagem de Manchester

58. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico⁵:

“[...] 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.

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

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>	0
2	<i>Muito urgente</i>	<i>Laranja</i>	10
3	<i>Urgente</i>	<i>Amarelo</i>	60
4	<i>Pouco urgente</i>	<i>Verde</i>	120
5	<i>Não urgente</i>	<i>Azul</i>	240

Deverá ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o Serviço de Urgência, de que são exemplos os doentes admitidos para transplante, para técnicas programadas, etc. Nestes casos, deve ser registada a cor branca e a razão da sua atribuição. [...]

III.3.4. Da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde

59. Assim, a Direção Geral da Saúde emitiu recentemente a Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, que revoga a Norma da N.º 002/2015 de 23 de outubro, e que estabelece que:

“[...]”

- 1. Os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester.*
- 2. A triagem em idade pediátrica nos hospitais com serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), serviço de urgência polivalente (SUP) ou serviço de urgência*

polivalente pediátrica (SUPP) deve ser realizada na urgência pediátrica, com exceção do serviço de urgência básico (SUB) e do serviço de obstetrícia/ginecologia.

3. As urgências pediátricas devem utilizar a versão mais recente do sistema de Triage de Manchester ou do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale¹.

4. Os hospitais e serviços de urgência devem ter implementado:

a) Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO “ Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizados”;

b) Normas da Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde da Sépsis no Adulto.

5. Os hospitais devem, ainda, implementar as seguintes Normas Clínicas a serem emitidas pela Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde Coronária e sobre Via Verde do Trauma.

6. No momento da triagem devem ser implementados os seguintes algoritmos:

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

b) Nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional:

i. Previamente à radiografia simples do aparelho esquelético:

(i) Avaliação da Dor, conforme Circular Normativa n.º 09/DGCG “A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor”, de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno;

(ii) Avaliação do estado neurovascular e avaliação da necessidade de imobilização de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno.

ii. Radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional de acordo com algoritmo clínico que deve contemplar as incidências a considerar na realização da radiografia simples, previamente acordadas com a especialidade de ortopedia do respetivo hospital até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral da Saúde e Ordem dos Médicos.

c) Em idade pediátrica (idade inferior a 18 anos) nos casos com situação referida na alínea b) da presente Norma devem ser avaliadas por médico pediatra ou, na sua ausência, por médico de outra especialidade antes da solicitação de meios complementares de diagnóstico na triagem.

7. O diretor clínico deve aprovar e manter atualizados os algoritmos clínicos de encaminhamento interno, sob proposta do diretor do serviço de urgência até serem emitidas Normas Clínicas pela Direção-Geral de Saúde com a Ordem dos Médicos, para as seguintes situações clínicas:

- a) Feridas incisas ou contusas (após penso compressivo efetuado na triagem);
- b) Feridas infetadas e/ou abscessos;
- c) Queimaduras (pessoas não emergentes);
- d) Amputação traumática das extremidades;
- e) Dor muscular aguda, pós esforço;
- f) Lombalgia intensa;
- g) Lesões articulares traumáticas;
- h) Traumatismo dos membros;
- i) Suspeita de corpo estranho ocular;
- j) “Olho vermelho”;
- k) Alteração súbita da acuidade visual;
- l) Derrames hemáticos oculares;
- m) Traumatismo isolado do globo ocular;
- n) Disfagia por sensação de corpo estranho;
- o) Diminuição aguda da acuidade auditiva, otalgia ou otorragia não traumática;
- p) Epistaxes;
- q) Cefaleias;
- r) Traumatismo crânio-encefálico;
- s) Traumatismo torácico ou abdominal;
- t) Hemorragia digestiva;
- u) Dor abdominal;
- v) Trabalho de parto em período expulsivo;
- w) Patologia anorretal;
- x) Hemorragia vaginal;
- y) Suspeita de abuso sexual;

- z) *Suspeita de violência e maus tratos;*
 - aa) *Dor testicular aguda;*
 - bb) *Traumatismo da face;*
 - cc) *Celulite da face e/ou região cervical;*
 - dd) *Hemorragia não controlada pós extração dentária;*
 - ee) *Ideação de auto e/ou hétero-agressão;*
 - ff) *Ideação suicida;*
 - gg) *Pessoas com mandado de condução emitido pelas entidades judiciais.*
9. *O diretor clínico deve coordenar o planeamento e organização da implementação do sistema de triagem com a colaboração do enfermeiro-diretor.*
10. *O enfermeiro-diretor deve colaborar com o diretor clínico na compatibilização do planeamento e organização da implementação do sistema de triagem.*
11. *A triagem deve ser efetuada por médico e/ou enfermeiro.*
12. *O enfermeiro-diretor, sob proposta do enfermeiro-chefe, deve adequar a dotação e perfil dos enfermeiros no serviço de urgência.*
13. *O diretor clínico, sob proposta do diretor de serviço de urgência, deve adequar a dotação e perfil dos médicos no serviço de urgência.*
14. *Os serviços de urgência devem assegurar a formação em serviço, incluindo a mandatória, de médicos e enfermeiros.*
15. *A implementação da triagem deve prever a retriagem/reavaliação da pessoa, definida a nível da unidade de saúde:*
- a) *Quando o tempo de espera excede o limite previsto;*
 - b) *De acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde;*
 - c) *Sempre que a família/acompanhante o solicite.*
16. *Os serviços de urgência devem implementar auditorias internas mensais ao sistema de triagem em uso, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços.*
17. *As auditorias internas mensais ao sistema de triagem de Manchester devem ser efetuadas nos termos previstos no protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e declaração de princípios a ele anexa.*

18. Cabe ao Grupo Português de Triage realizar auditorias externas à implementação do sistema de Triage de Manchester nos serviços de urgência.

19. Cabe a Direção-Geral da Saúde realizar as auditorias externas à implementação do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale.

20. Os resultados das auditorias externas devem ser comunicados aos conselhos de administração das respetivas unidades de saúde e, semestralmente, às Administrações Regionais de Saúde e à Diretora-Geral da Saúde. [...]”.

III.3.5. Da Via Verde de AVC

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

61. O texto do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, aprovado pelo Despacho n.º 16415/2003, com as alterações do Despacho n.º 766/2005 do Alto-comissário da Saúde, divulgadas junto das ARS e dos prestadores através da Circular Normativa da DGS, n.º 03/DSPCS, de 6 de fevereiro de 2006, previa enquanto estratégias de intervenção:

“[...]”

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

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

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

62. No seguimento e em desenvolvimento do assim previsto foram emitidas pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, diversos documentos orientadores, como sejam os documentos relativos às “Redes de Referenciação

Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC” (2006), o “Documento Orientador sobre Vias Verdes do EAM e do AVC” (2007) e as “Recomendações clínicas para o EAM e para o AVC” (2007).

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

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

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

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

III.3.5.1. Da Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Direção Geral da Saúde

79. Assim, a Direção Geral da Saúde emitiu recentemente a Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, que estabelece o seguinte:

“[...]”

1. Na presença da instalação dos seguintes sinais deve suspeitar-se de acidente vascular cerebral (AVC) (sinais de alerta de AVC) (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B):

a) Dificuldade em falar;

b) Boca ao lado;

c) Falta de força num membro.

2. As instituições de saúde devem divulgar que, na presença de qualquer dos sinais de alerta de AVC, a pessoa ou familiar ou cuidador ou quem assiste (incluindo os profissionais de saúde) deve contactar de imediato o Número Europeu de Emergência 112 (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).

3. Após contacto com o Número Europeu de Emergência 112, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) deve confirmar a suspeita diagnóstica de AVC e proceder à ativação da Via Verde AVC pré-hospitalar, enviando o meio de transporte de emergência ao local (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).

4. A referência do CODU deve ser dirigida ao serviço de urgência da unidade hospitalar com unidade AVC:

a) Que se encontra mais próxima do local; e

b) Que tem disponibilidade imediata para receber o Caso Suspeito AVC.

[...]

9. O Caso Suspeito AVC deve ser recebido no serviço urgência hospitalar pela Equipa Via Verde AVC intra-hospitalar e deve realizar com carácter de urgência:

a) Atendimento imediato sem perturbação dos procedimentos administrativos nos cuidados de saúde a prestar;

b) Avaliação ABC:

(i). Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical (A-Airway maintenance with cervical spine control);

(ii). Ventilação (B - Breathing);

(iii). Circulação com controlo hemorrágico e acesso venoso (C-Circulation with haemorrhage control);

c) A validação da suspeita de AVC, incluindo revisão da hora e circunstâncias do início dos sintomas;

d) História médica prévia;

e) Exame objetivo geral;

f) Exame neurológico;

g) Quantificação do defeito neurológico, através de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).

h) Meios complementares de diagnóstico:

i. Avaliação imagiológica:

(i). Tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC CE) e na pessoa candidata a tratamento endovascular devem ser realizadas angioTC do arco aórtico, troncos vasculares supra-aórticos e cerebral (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A);

(ii). Ressonância magnética (RM) crânio-encefálica na dúvida do diagnóstico.

ii. Realização de ECG sempre que não atrase o início do tratamento (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B);

iii. Avaliação laboratorial:

(i). Hemograma com plaquetas;

(ii). Estudo da coagulação (tempo de protrombina (TP), expresso por índice internacional normalizado (INR) e tempo de tromboplastina parcial ativado (aPTT);

(iii). Glicemia;

(iv). Creatinemia;

(v). Ionograma sérico.

i) Monitorização de:

i. Estado de consciência e défices neurológicos (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS):

ii. Parâmetros vitais:

(i). Pressão arterial;

(ii). Frequência cardíaca;

(iii). Temperatura corporal;

(iv). Frequência respiratória.

iii. Saturação de oxigénio periférico (SaO₂);

iv. Capacidade de deglutição.

[...]

16. As U-AVC devem articular-se entre si, em rede, de modo a garantir o acesso ao tratamento adequado do Caso Suspeito ou Confirmado de AVC, independentemente da região em que se encontra e o mais rapidamente possível.

[...]

20. No âmbito da presente Norma compete a cada Administração Regional de Saúde (ARS):

a) A organização de uma rede de unidades de saúde com U-AVC de nível A e de nível B e respetiva Via Verde AVC, na sua área geográfica, de modo a assegurar o acesso

da pessoa com AVC a cuidados de saúde de qualidade, sem perda de tempo, independentemente da sua localização geográfica;

b) A organização de uma rede de telemedicina e de telerradiologia interligando as U-AVC de diversos níveis, assegurando o suporte, em termos de capacitação e às geograficamente mais afastadas;

c) A nomeação de um coordenador regional da Via Verde AVC o qual deve assegurar (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B):

i. A articulação entre as unidades de saúde com U-AVC de nível A e de nível B com vista a assegurar à pessoa com AVC, o tratamento e no tempo previsto;

ii. A promoção da divulgação, insistente e recorrentemente, dos sinais de alerta de AVC, junto da população e as atitudes a tomar perante tal situação;

iii. A identificação e solução de constrangimentos que se verificam no funcionamento destes processos, reportando-os à Direção Geral de Saúde;

iv. A promoção do funcionamento das U-AVC de acordo com a presente Norma;

v. A execução do Programa Nacional das Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

[...].

III.4. Do direito ao acompanhamento e respetivos direitos e deveres dos acompanhantes

80. Em 21 de março de 2014, foi aprovada a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que revogou a Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e a Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, que até então regulava a matéria do direito ao acompanhamento.

81. Conforme resulta do seu preâmbulo e do disposto no seu artigo 1.º, o diploma visa a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, não alterando significativamente o regime anterior, mas antes aportando uma melhor clarificação para a ordem jurídica vigente.

82. Assim, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, passou a apresentar, de forma clara e integrada, as regras gerais de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, bem como as regras específicas de acompanhamento da mulher grávida durante o parto e do acompanhamento em internamento hospitalar, tudo aspetos que se encontravam antes dispersos nas Leis n.º 14/85, de 6 de julho, Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro.

83. Recentemente o Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de Abril procedeu à primeira alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que visa a consolidação dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, definindo os termos a que deve obedecer a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, e cria o Sistema Integrado de Gestão do Acesso.
84. Diga-se que, de acordo com o n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, *“Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço”*.
85. Continua o artigo 13.º da mesma Lei que *“nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito de acompanhamento, podendo de acordo com a lei, solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente, invocados pelo acompanhante”*.
86. Todavia, a Lei também refere que a natureza do parentesco ou da relação com o utente não pode ser invocada para impedir o acompanhamento.
87. Por outro lado, os limites ao direito de acompanhamento estão expressamente consagrados, no artigo 14.º da Lei, existindo um elenco restrito de limites:
- a) *“[...] Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável [...]”*;
 - b) *“O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos”*.
 - c) Sendo certo que, nestes casos, *“[...] compete ao profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.”*
88. O artigo 15.º, por sua vez, faz referência aos direitos e deveres dos acompanhantes, e salienta-se aqui não só o dever de urbanidade, como o respeito pelas indicações dadas pelo profissional de saúde, quando devidamente fundamentadas.
89. Mas, em especial, o direito do acompanhante a ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento.
90. Sendo certo que, nos termos do artigo 22.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, encontra-se ainda estabelecido o princípio da cooperação entre o acompanhante e os serviços, nos termos do qual *“Os profissionais de saúde devem prestar ao*

acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.”.

91. Ainda, e tal como já referido, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, vem também estabelecer o regime para Acompanhamento em internamento hospitalar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde – cfr. artigos 19.º a 23.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
92. Refira-se, igualmente, e à semelhança do já previsto nos diplomas entretanto revogados acima citados, que a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, consagra, no n.º 1 do seu artigo 31.º, não só a obrigação de adaptação dos serviços de urgência do SNS ao direito de acompanhamento, *“de forma a permitir que o utente possa usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços”.*
93. Mas, outrossim, que *“o direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respetivas normas e condições de aplicação”.*

III.5. Das anteriores intervenções regulatórias da ERS em matéria de cumprimento das normas de funcionamento do SU e ativação da Via Verde AVC

94. Em sede de análise dos factos constantes dos presentes autos, cumpre recordar que, no âmbito do Processo de Inquérito n.º ERS/015/2017, a ERS emitiu uma deliberação dirigida ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., a qual incidiu sobre as condições de funcionamento do SU e o cumprimento das regras de triagem e, bem assim, sobre a ativação da Via Verde AVC⁶;
95. Especificamente determinava a instrução emitida ao prestador, o dever de:

“[...]”

- (i) *Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num*

⁶ Instrução consultável em www.ers.pt.

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

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

96. Na sequência da notificação da referida deliberação, e para informação à ERS das medidas adotadas para cumprimento da instrução então emitida, o CHL por ofício datado de 11 de agosto de 2017, veio informar do seguinte:

“[...]”

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

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

“[...]”.

97. Mais deliberou o Conselho de Administração da ERS emitir uma recomendação ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. no sentido de dever:

“[...]”

(i) Garantir, de forma permanente, a prossecução das suas competências de promoção da resposta integrada ao doente urgente/emergente, de promoção da correta referenciação do doente urgente/emergente, de promoção da coordenação, monitorização e orientação dos doentes urgentes em consonância com as Vias Verdes instituídas pelos programas nacionais; [...]”.

98. E, para informação à ERS das medidas adotadas para cumprimento da recomendação então emitida, em 14 de novembro de 2017, o INEM veio aos autos informar o seguinte:

“[...]”

Sobre a Deliberação da Entidade Reguladora da Saúde, emitida no âmbito do Processo de Inquérito N.º. ERS/015/2017, que mereceu ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM) a recomendação:

(i) Garantir, de forma permanente, a prossecução das suas competências de promoção da resposta integrada ao doente urgente/emergente, de promoção da correta referenciação do doente urgente/emergente, de promoção da coordenação, monitorização e orientação dos doentes urgentes em consonância com as Vias Verdes instituídas pelos programas nacionais.

Cumprir informar que o INEM procurou internamente clarificar o protocolo seguido para situações de doentes com sinais ou sintomas de Acidente Vascular Cerebral.

Os procedimentos implementados pelo Instituto seguem escrupulosamente as orientações médicas em vigor, designadamente a Norma 015/2017 de 13 de julho de 2017 da Direção-Geral da Saúde e, à data dos acontecimentos, dia 29 de setembro de 2015, o versado no Documento Orientador sobre as Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares do Alto Comissariado da Saúde (2007) com a alteração entretanto introduzida em 2014 sobre a janela temporal para inclusão na Via Verde, que passou de 3 para 4,5 horas.

Neste documento, é referido que "não se recomenda a administração intravenosa de rtPA quando a hora de início do AVC não pode ser precisada de forma fiável; isto inclui pessoas cujos AVCs são detetados ao acordar" (página 124).

Por este motivo é fundamental que os Médicos Reguladores dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM procurem sempre determinar a hora de início dos sintomas do AVC no sentido das diferentes abordagens terapêuticas poderem ser instituídas da forma mais correta (sendo que à data dos acontecimentos, a recomendação indicava a realização de fibrinólise até às 4,5 horas de evolução e a realização de trombectomia depois das 4,5 horas de evolução ou com contra-indicação para fibrinólise).

À medida que surgem novas orientações clínicas de atuação, em qualquer área da medicina, o INEM introduz essas mesmas indicações nas aplicações informáticas disponíveis nos CODU com o objetivo de atuar sempre em função das recomendações em vigor.

Da mesma forma, o INEM promove com regularidade a divulgação junto de todos(as) os(as) intervenientes no processo de triagem e orientação de doentes urgentes, das normas a serem seguidas no encaminhamento dos doentes das Vias Verdes.

Este é, no entanto, um procedimento que nos comprometemos reforçar, no sentido de continuarmos a garantir; com a maior eficácia e eficiência, a qualidade dos serviços que diariamente prestamos aos(às) cidadãos(ãs). [...]"

II.6. Análise da situação concreta

99. Os factos apurados no decurso dos presentes autos indiciam, por um lado, a existência de constrangimentos no atendimento do utente J.C., quer no que respeita ao funcionamento e cumprimento de protocolos, regras e procedimentos no serviço de urgência dos prestadores, quer no que concerne à operacionalização das transferências inter-hospitalares a que foi sujeito o utente e, por outro, um eventual incumprimento dos pressupostos do direito de acompanhamento nos termos da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
100. Ora, das diligências encetadas no presente processo resultaram os factos que de seguida resumidamente se apresentam:
- i. No dia 9 de janeiro de 2017, pelas 17h51m, o utente J.C. deu entrada no Hospital Distrital de Pombal (HDP-CHL), “*TRAZIDO POR INEM POR: - um quadro Neurológico Súbito de AFASIA OU DISARTRIA ACENTUADA E PERDA DE FORÇAS DOS MEMBROS INFERIORES*”, tendo sido triado com pulseira laranja/muito urgente, pelas 18h07m;
 - ii. Pelas 18h44m, o utente é chamado para 1.ª observação médica, ficando registado na ficha “[...] *AVC em evolução? [...] A TAC EM LEIRIA ESTA NESTE MOMENTO OU HOJE AVARIADA!! DEVO ENVIAR PARA COIMBRA PARA REALIZAR TAC_CE*”;
 - iii. Pelas 19h44m o utente teve alta, com destino “*OUTRO HOSPITAL HU DE COIMBRA*”;
 - iv. O utente foi admitido nos Hospitais da Universidade de Coimbra do CHUC (HUC-CHUC), no dia 9 de janeiro de 2017, onde foi triado com pulseira laranja/muito urgente, pelas 22h06m, tendo sido ativada a Via Verde AVC;
 - v. Pelas 23h06m, o utente foi observado por Neurologia;
 - vi. Pelas 03h17m, foi registado no processo clínico do utente que “*Retorna ao Hospital da área de residência para estudo de risco vascular [...]*”;
 - vii. Das notas de enfermagem consta o seguinte registo pelas 00h01m: “*Fornecidas informações a acompanhante que aguarda na sala de espera. Permitida breve visita*”, e pelas 03h38m: “*Doente com transporte para o Hosp de leiria, foi informada a familiar*”;
 - viii. Às 09h48m, o utente teve “*Alta para outra Instituição / HD Leiria / Santo André*”;

- ix. No dia 10 de janeiro de 2017, pelas 10h27m o utente dá entrada no Hospital de Santo André (HSA-CHL), tendo sido triado com pulseira amarela/urgente, pelas 10h50m;
 - x. Pelas 12h06m, o utente foi observado por Medicina Interna;
 - xi. Pelas 13h20m, foi registado no processo clínico do utente que *“Por indicação do Chefe de Equipa, transfere-se para o H Pombal”*;
 - xii. O utente deu, novamente, entrada no HDP-CHL pelas 15h01m do dia 10 de janeiro de 2017, tendo-lhe sido atribuída pulseira branca/outros casos;
 - xiii. Aí, foi observado por Medicina Interna, pelas 20h29m do mesmo dia, ficando a constar do processo clínico do utente a seguinte observação: *“[...] Transferido para o HDP para continuação de cuidados e orientação, segundo indicação do Chefe de Equipa - Falei com a neta e confirmei dados da HC [...]”*;
 - xiv. O utente teve alta clínica no dia 11 de janeiro de 2017.
101. Face à factualidade apurada é possível então concluir, em primeiro lugar, que no dia em causa e na situação em análise, os procedimentos relativos à triagem e subsequente atendimento médico não foram corretamente seguidos pelos prestadores em causa.
102. Com efeito, e apesar de ter sido triado no CHL e no CHUC com prioridade laranja/muito urgente, pelas 18h07m e pelas 22h06m de dia 9 de janeiro de 2017, o utente apenas teve a 1.ª observação médica pelas 18h44m e 23h06m, respetivamente;
103. Sendo certo que, segundo as regras do Sistema de Triagem de Manchester, o tempo-alvo de atendimento de utentes triados com cor laranja não deve ultrapassar, no máximo, os 10 minutos.
104. Isso mesmo decorre do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, e da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde.
105. Ao que acresce que, de acordo com o parecer do perito médico consultado pela ERS, *“A situação reportada refere-se a um doente que deu entrada no Hospital de Leiria com suspeita clínica de AVC. [...] [n]o transporte inicial, havia, sem dúvida, uma suspeita de AVC, aliás motivo da transferência para o CHUC, para realização de TAC cerebral.”*.

106. A este respeito cumpre, antes de mais, referir que uma das principais atribuições do CODU é, precisamente, a de *“Coordenar a decisão sobre referência primária e secundária de todos os doentes urgentes e ou emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e ou Cuidados Intensivos, em particular a referência das Vias Verdes”* (cfr. n.º 2, alínea f) do Despacho n.º 14041/2012, de 23 de outubro).
107. Sendo certo que, como consta do *“Documento orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)”* de 2007, as *“Vias Verdes pré-hospitalares [...] envolvem directamente o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no diagnóstico, eventual tratamento pré-hospitalar e adequado encaminhamento para os Hospitais com as melhores condições de confirmação diagnóstica e tratamento subsequente e com disponibilidade logística para a recepção dos doentes. As VV pré-hospitalares de EAM ou de AVC, devem ter em consideração os critérios diagnósticos de fase aguda, o conhecimento das Unidades mais adequadas para o encaminhamento dos doentes, o tempo decorrido desde o início de sintomas/sinais, o tempo necessário para o transporte e a disponibilidade de internamento de cada Unidade. Deve, assim, ser privilegiado o factor TEMPO (para o tratamento), em detrimento das distâncias quilométricas e dos critérios tradicionais de áreas de influência geográfica dos hospitais.”*.
108. Sendo, aliás, consabido que o acionamento das Vias Verdes é essencial ao acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde necessários, bem como ao tratamento mais eficaz, dado que o fator tempo entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é, nestes casos, fundamental para a redução da taxa de mortalidade.
109. Ora, a este respeito, refere o perito médico consultado pela ERS, que *“A activação da Via Verde de AVC depende dos critérios locais para activação da mesma, sendo que a maioria das Instituições hospitalares apresenta um limite de 80 anos do paciente para activação da mesma”*;
110. E, pese embora no concreto caso do utente J.C., esta Entidade Reguladora desconheça se (in)existiam indicadores e/ou evidências que contribuíssem para a ativação da Via Verde do AVC e se o utente cumpria os critérios locais de ativação da mesma;
111. Não se pode deixar de estranhar o facto de o CHUC ter acionado a Via Verde AVC intra-hospitalar como procedimento adequado ao estado clínico do utente.
112. Note-se ademais que, quer o CHL, quer o INEM, foram já objeto de intervenção regulatória da ERS, no que respeita ao cumprimento dos procedimentos pré e intra-

- hospitalar para ativação de Via Verde AVC – no processo de inquérito n.º ERS/015/2017, que correu os seus termos na ERS;
113. Não obstante, e considerando que os factos ora em análise, ocorridos em 9 de janeiro de 2017, são contemporâneos das situações analisadas no ERS/015/2017 – processo esse em que foi emitida uma instrução ao CHL e uma recomendação ao INEM, por deliberação do Conselho de Administração da ERS de 7 de setembro de 2017 – não se poderá avaliar do incumprimento da deliberação emitida por esta ERS;
114. Devendo-se, outrossim, reiterar quer junto do CHL, quer junto do INEM, a necessidade de garantir, em permanência, o respeito pelos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, assegurando a correta utilização do procedimento pré e intra-hospitalar de ativação da Via Verde AVC, dessa forma se procurando evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos e no processo ERS/015/2017.
115. Acresce que, num espaço temporal inferior a 24 horas, o utente J.C., de 86 anos de idade, foi sujeito a três transferências – do HDP-CHL para o CHUC, do CHUC para o HSA-CHL e, daí, novamente para o HDP-CHL –, em virtude da indisponibilidade do equipamento de TAC do HDP-CHL;
116. Com manifesto impacto no seu direito de acesso a uma prestação tempestiva, articulada e humanizada de cuidados de saúde.
117. Tendo-se apurado, ademais, que as transferências a que o utente J.C. foi sujeito, ocorreram sem que o respetivo processo de transferência tivesse sido objeto de devida formalização junto dos Hospitais de Destino;
118. Pois que, de acordo com as informações prestadas nos autos pelo CHL, “[...] *não é possível aferir quais os contactos efectuados entre os diferentes hospitais: tanto do Hospital de Pombal com o CHUC quer deste com o Hospital Santo André, e o Hospital Santo André com o hospital de Pombal.*”;
119. O que veio a ser corroborado pelo próprio CHUC que, em resposta ao pedido de elementos da ERS, informou que “*O Serviço de Urgência não tem o registo do contato do Hospital de Leiria.*”.
120. Ora, a prestação de cuidados de saúde de qualidade impõe a definição de procedimentos articulados de transferência aptos a garantir a preparação de todo aquele processo, o qual não só deve ter interlocutores bem definidos, como um plano de cuidados previamente acordado, assegurando-se assim a prestação integrada de cuidados de saúde;

121. Plano de cuidados esse que se revela tão mais necessário e cuja maior acuidade se exige, quando está em causa a prestação de cuidados particularmente sensíveis, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade dos utentes.
122. De tal forma que, a realização da transferência do utente J.C., do HDP-CHL para o CHUC, do CHUC para o HSA-CHL e, daí, novamente para o HDP-CHL, sem que a mesma tenha sido precedida de qualquer contacto prévio, no sentido de garantir a vaga necessária à admissão do utente e bem assim a transmissão dos concretos cuidados de que o mesmo necessitava, impacta, gravemente, com o direito do utente de acesso, em tempo útil e de forma integrada, aos cuidados de saúde necessários e adequados à sua situação clínica.
123. O que de resto é suportado pelo perito médico consultado pela ERS, ao concluir que *“Parecem não ter existido contactos prévios entre as Instituição para efectuar as transferências do doente. Estes contactos poderiam ter evitado a última transferência entre Leiria e Pombal, pois, aparentemente, devido à estabilidade do quadro clínico o doente poderia ter sido enviado directamente de Coimbra para a última cidade.”*;
124. Para mais referindo que, *“[...] se o doente não apresentava critérios de internamento fica a dúvida relativa à necessidade de transferência para Pombal e porque não a alta do mesmo directamente para o domicílio a partir de Leiria.”*.
125. O que necessariamente constitui um constrangimento do direito de acesso do utente, e uma incontornável quebra no nível da prestação de cuidados.
126. Termos em que cumpre considerar que os procedimentos assistenciais empregues pelos prestadores não se revelaram garantísticos da protecção dos direitos e interesses legítimos do utente J.C., que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à protecção da saúde e à continuidade dos cuidados prestados.
127. Ainda, de acordo com a reclamante, esta não foi informada da transferência do utente J.C. do HDC-CHL para o CHUC e, durante o período de permanência do utente no CHUC, foi impedida de acompanhar o seu pai, o que pode consubstanciar uma violação do direito de acompanhamento dos utentes.
128. E a este respeito, o CHL apenas afirma que *“Atendendo à distância temporal neste momento não nos é possível determinar com clareza como, quem e de que forma foi informada a família deste utente. [...]”*;
129. Para mais referindo ter *“[...] aprovado um procedimento - Gabinete de informação do serviço de urgência geral HSA, [...] No ponto 7.2 pode-se verificar que uma das funções da assistente operacional telefonista é: realizar chamadas para informar sobre*

as situações específicas: alta clínica, internamento e transferências." Faz parte das práticas instituídas sempre que um doente é transferido ser informada a família.";

130. O que, *in casu*, parece não ter sucedido, pois que, como refere o perito médico consultado pela ERS, *"No Centro Hospitalar de Leiria apenas há um registo claro de contacto com a família do doente na altura da alta, já no Hospital de Pombal [f]ica a dúvida de contactos anteriores com os familiares quer relativos ao estado de saúde do doente, quer relativos à necessidade de transferência para o CHUC, quer para a Unidade de Pombal.";*
131. Concluindo, em suma, que *"[...] a informação prestada pelos profissionais de saúde aos acompanhantes é crítica, o que parece não se ter verificado no CHL – Unidade de Leiria"*.
132. Importa, no entanto, referir que a este respeito, o prestador informou que *"[...] como medida correctiva encontra-se em formalização um procedimento específico para informação aos familiares relativamente a este assunto, adequado ao funcionamento dos SUBs"*, o que poderá ser apto a evitar que situações como a dos presentes autos voltem a ocorrer.
133. Já no que respeita ao alegado constrangimento no direito de acompanhamento do utente J.C. durante a permanência no CHUC, o prestador justifica-se referindo que *"[...] Os acompanhantes no Serviço de Urgência do CHUC não têm proibições, mas sim limitações com o objetivo de garantir o bom funcionamento de um serviço com amplitudes, diárias e horárias, de doentes muito variáveis e imprevisíveis. [...]"*;
134. Para mais informando que, *"Tendo em conta todas as dificuldades sentidas e as limitações estabelecidas, o Serviço de Urgência transmite informações de forma regular aos cuidadores ou familiares que não estejam junto do doente e, sempre que as condições o permitam, o familiar vai junto do doente, procedimentos que foram efetuados no caso do utente, J.C. [...]"*.
135. Com efeito, refira-se, o direito de acompanhamento pode ser limitado nos casos em que *"[...] o acompanhamento pode comprometer as condições e requisitos técnicos [...]"*;
136. No entanto, sempre se dirá que apesar de estar prevista na lei a possibilidade de introdução de limites ao direito de acompanhamento, tanto não poderá assumir-se como regra aplicável de forma irrestrita e *a priori* determinada para toda e qualquer situação, sem a necessária ponderação circunstanciada a cada caso concreto;

137. Razão pela qual, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, determina que o profissional de saúde deve “[...] *informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento* [...]”.
138. O que, de acordo com o CHUC, terá acontecido *in casu*, pois que refere o prestador que “*Tendo em conta todas as dificuldades sentidas e as limitações estabelecidas, o Serviço de Urgência transmite informações de forma regular aos cuidadores ou familiares que não estejam junto do doente e, sempre que as condições o permitam, o familiar vai junto do doente, procedimentos que foram efetuados no caso do utente, J.C., conforme registos do Episódio de Urgência*”.
139. Por todo o vindo de expor, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, para que os prestadores assegurem a adoção de procedimentos garantísticos dos direitos dos utentes ao acesso, em tempo útil, a uma prestação integrada e continuada de cuidados de saúde, assegurando, em permanência, o direito de acompanhamento dos utentes nos serviços de urgência do SNS, assim se obviando à repetição de situações futuras de índole idêntica à ocorrida.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

140. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. e a reclamante A.R., todos por ofícios datados de 18 de maio de 2018.
141. Decorrido o prazo legal concedido para o efeito, nenhum dos interessados veio aos autos pronunciar-se sobre o teor do projeto de deliberação da ERS, pelo que este deve ser integralmente mantido.

V. DECISÃO

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

- (i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente em razão da patologia, idade ou especial vulnerabilidade dos utentes, não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;
- (iii) Assegurar a existência de procedimentos que garantam que, sempre que estejam preenchidos os critérios de ativação da Via Verde de AVC, a mesma seja efetiva e corretamente acionada, em cumprimento do disposto na Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Direção Geral da Saúde, por forma a assegurar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável;
- (iv) Garantir, de forma efetiva e permanente, o cumprimento das regras aplicáveis em matéria de transferência de utentes, designadamente o cumprimento das Redes de Referência Hospitalar em vigor, garantindo o contacto telefónico prévio com a instituição de destino e sua a aceitação do utente;
- (v) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos no ponto anterior sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento;
- (vi) Garantir que as transferências 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;
- (vii) Garantir, em permanência, que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover, junto de todos os utentes e seus acompanhantes, a informação completa, verdadeira e inteligível sobre todos os aspetos relativos ao direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde, de acordo

com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

- (viii) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

143. Mais delibera o Conselho de Administração da ERS, 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 e Universitário de Coimbra, E.P.E., no sentido de dever:

- (i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente em razão da patologia, idade ou especial vulnerabilidade dos utentes, não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;
- (iii) Garantir, de forma efetiva e permanente, o cumprimento das regras aplicáveis em matéria de transferência de utentes, designadamente o cumprimento das Redes de Referência Hospitalar em vigor, garantindo o contacto telefónico prévio com a instituição de destino e a sua aceitação do utente;
- (iv) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos no ponto anterior sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento;
- (v) Garantir que as transferências 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;

- (vi) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.
144. As instruções ora emitidas constituem decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1000,00 a € 44 891,81, “[...] o *desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º*”.
145. Igualmente, delibera o Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e na alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, reiterar a recomendação emitida ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/015/2017, no sentido de:
- (i) Garantir, em permanência, a prossecução das suas competências de promoção da resposta integrada ao doente urgente/emergente, de promoção da correta referenciação do doente urgente/emergente, e de promoção da coordenação, monitorização e orientação dos doentes urgentes em consonância com as Vias Verdes instituídas pelos programas nacionais.

Porto, 21 de junho de 2018.

O Conselho de Administração.