

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/083/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 12 de abril de 2018, da reclamação subscrita por A.A., visando a atuação da Clínica CUF São João da Madeira, estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no SRER da ERS sob o n.º 135691, que integra a entidade Hospital CUF Porto, S.A., registada sob o n.º 22015.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/33857/2018, a exponente alega que no dia 21 de julho de 2017 se dirigiu à Clínica CUF São João da Madeira, onde realizou uma TAC que acusou lesões vasculares, tendo sido aconselhada a deslocar-se, pelos seus próprios meios, ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E. (CHEDV) ou ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (CHBV). Nessa senda, a utente dirigiu-se ao CHBV, onde veio a ser confirmado o diagnóstico de AVC isquémico, tendo sido posteriormente

transferida para o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (CHVNGE), onde foi submetida a trombectomia mecânica.

3. Para uma averiguação preliminar dos factos enunciados pela exponente, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, em 7 de maio de 2018, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/089/2018.
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 17 de maio de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/083/2018, com o intuito de aferir da adequação dos procedimentos adotados pela Clínica CUF São João da Madeira 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.

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 da Clínica CUF São João da Madeira constatando-se que a mesma é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado no SRER da ERS, que integra a entidade Hospital CUF Porto, S.A.;
 - (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado à Clínica CUF São João da Madeira em 22 de maio de 2018, e análise da resposta datada de 11 de junho de 2018;
 - (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente em 22 de maio de 2018;
 - (iv) Pedido de informações enviado ao CHBV em 22 de maio de 2018, e análise da resposta datada de 29 de maio de 2018;
 - (v) Pedido de relatório de apreciação clínica a perito médico consultor da ERS a 6 de setembro de 2018, e análise do respetivo parecer.

II. DOS FACTOS

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

"[...]"

O meu nome é A.A., [...] sou utente do Serviço Nacional de Saúde [...].

No dia 21 de julho de 2017, após um segundo episódio de linguagem errática (utilização de palavras incorretas em relação ao que queria referir), ocorrido nesse dia, dirigi-me ao Serviço de Medicina Geral e Familiar da "Clínica CUF" de São João da Madeira, pelas 18h15m. Fui então atendida pelo Dr. J.S. [...], a quem expliquei os sintomas que havia tido:

- Forte dor de cabeça durante a noite imediatamente anterior;
- Dores de cabeça e do pescoço durante esse dia;
- Episódio de fala errática (utilização de palavras incorretas), por volta das 9h da manhã do dia em causa;
- Má disposição durante todo esse dia, sem apetite;
- Medição de tensão arterial a meio da manhã do dia em causa, com parâmetros normais;
- Novo episódio de linguagem errática, por volta das 17h45m desse dia.

Na referida consulta, já com a linguagem sem problemas, o Dr. J.S. mediu-me a tensão arterial e solicitou que eu efetuasse uma "TAC", devido aos episódios ligados à linguagem. Após os resultados da "TAC" lhe serem enviados por hospital do Porto, o médico referiu que a "TAC" havia acusado questões vasculares, pelo que deveria deslocar-me às urgências do hospital da Feira ou de Aveiro.

Aconselhou-me a não conduzir até lá, entregando-me uma carta e resultados da "TAC" para os profissionais da Urgência lerem. Nesta carta referia que me tinham sido observadas na "TAC" complicações agudas, solicitando acompanhamento para mim na especialidade de Neurologia, sendo referido nos resultados da "TAC" a existência de um "AVC" (hipodensidade corticosubcortical frontobasal e fronto opercolar esquerda sem efeito de massa, traduzindo o Médico em lesão isquémica recente no território da ACM esquerda com possível trombo endoluminal). O aludido médico em nenhum momento da consulta referiu tratar-se de um "AVC" e nunca considerou sequer a hipótese de me encaminhar imediatamente para um hospital de referência nestes casos, com especialidade em "AVC", não tendo adotado os procedimentos presentes na "Via Verde AVC". Solicitou que fizesse uma visita, no futuro, para que pudesse verificar como eu estaria. Pelas 20h30m saí das instalações da referida "Clínica CUF", dirigindo-me daí diretamente para o Hospital Infante D. Pedro, do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, em Aveiro.

Conduzida por terceiro, dei entrada no Serviço de Urgência do Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, cerca das 21:30 horas. Desde a entrada neste Serviço, o episódio de linguagem errática (afasia de expressão) manteve-se sempre. Fiz nova "TAC", confirmando-se o diagnóstico de "AVC" isquémico. Este Serviço de Urgência, através da sua Diretora, contactou o Centro

Hospitalar da Universidade de Coimbra, serviço de "AVC" de referência na área de Aveiro, para pedido de tratamento endovascular. Este Centro Hospitalar não aceitou a transferência, devido ao tempo que já havia decorrido desde o início dos primeiros sintomas do "AVC". Após vários contactos com este Centro Hospitalar, na infrutífera tentativa de aí ser admitida, a Diretora do Serviço de Urgência do Hospital de Aveiro contactou a unidade de "AVC" do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, que -felizmente - aceitou a minha admissão.

Assim, pelas 23h30m, fui transferida do Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, para o Hospital Santos Silva, em Vila Nova de Gaia (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE). Aquando da chegada a esta unidade hospitalar, apresentava-me sonolenta mas facilmente despertável, com afasia mista (não nomeava, repetia com erros, sem discurso espontâneo, com parafasias literais e semânticas; dizia o meu nome e idade corretamente). Aí foi realizada nova "TAC" e fui submetida a-uma trombectomia mecânica. Estive internada no Serviço de Unidade "AVC" deste Hospital até ao dia 27 de julho, tendo ficado com sequelas ligadas à fala (afasia) e à leitura, memória e enfarte das camadas internas da retina, com oclusão arterial cilio-retiniano/ramo macular no olho esquerdo.

O motivo desta minha exposição/participação prende-se com o facto de o Dr. J.S. não ter seguido os procedimentos presentes na "Via Verde AVC", não me encaminhando diretamente para uma unidade de referência no tratamento de "AVC" - o que poderia ter encurtado o tempo em que a trombectomia endovenosa foi realizada e reduzido muito os riscos que corri. É consabido que, nos casos de acidente vascular cerebral, a intervenção no menor tempo possível é essencial; o tempo que dispensei nas deslocações de São João da Madeira para Aveiro e de Aveiro para Vila Nova de Gaia, os contactos que o Hospital Infante D. Pedro teve que fazer com os dois outros Hospitais (Coimbra e Vila Nova de Gaia) – demandando mais de três horas - poderia ter sido determinante para as sequelas ou até mesmo fatal!

Solicito, assim, se digne V.Exa adotar os procedimentos que entenda adequados, de modo a evitar que este erro de prática clínica e/ou diagnóstico seja sancionado e não volte a ocorrer - a bem da saúde de todos os pacientes com "AVC". [...]

7. Em resposta à referida reclamação, a Clínica CUF São João da Madeira remeteu à exponente, em 24 de abril de 2018, os seguintes esclarecimentos:

"[...]

Após aprofundada análise, cumpre-nos referir o seguinte:

*- A paciente A.A. deu entrada na Clínica **CUF** São João da Madeira no dia 21 de Julho de 2017 pelas 18h22.*

- Foi observada por médico pelas 18h36.

- Da observação médica, exame físico e factos relatados pela paciente resultou o seguinte quadro clínico:

- . a doente referiu dores de cabeça desde a noite anterior e episódios de perturbações da fala, tendo o primeiro ocorrido no início da manhã;
- . exame neurológico sem anomalias aparentes;
- . tensão arterial dentro da normalidade;
- . não foram relatados nem observados outros sintomas relevantes;
- Por se afigurar adequado foi solicitada a realização de TAC crânio;
- Uma vez realizado o exame, a doente foi informada da existência de alterações na TAC que poderiam sugerir lesão isquémica ou hemorrágica, não se podendo descartar um quadro de acidente isquémico transitório;
- Por este motivo, foi-lhe dito que havia que aprofundar o estudo da paciente pela especialidade adequada;
- Face ao quadro clínico foi informada de que deveria recorrer com brevidade a Unidade dotada da especialidade de Neurologia, tendo sido aventadas como hipóteses, as duas unidades hospitalares mais próximas e que têm via verde de AVC, uma vez que a proximidade geográfica seria desejável;
- A doente foi referenciada com informação clínica tendo informado que se iria dirigir prontamente ao Hospital de Aveiro;
- Garantiu-se o contacto com familiar que asseguraria o seu acompanhamento;
- Notamos que as unidades hospitalares nomeadas dispõem quer de Serviço de Neurologia, quer de via verde de AVC que poderiam ativar (e desconhecemos se o fizeram) uma vez reunidos os requisitos clínicos adequados;
- Sobre o seguimento após saída da clínica, não nos poderemos pronunciar, nem sobre a evolução do quadro clínico e plano de tratamento preconizado.

Do exposto resulta que o encaminhamento da paciente, considerado o quadro clínico observado - sem défices neurológicos na altura - para Unidade hospitalar dotada de Serviço de Neurologia e apta à prossecução do necessário estudo e, em caso de necessidade, ao tratamento de AVCs, era clinicamente a medida adequada.

Garantiu-se o acompanhamento da paciente por familiar e da informação clínica disponível e foi facultado contacto caso fosse necessário. [...]

8. Nessa senda, foi enviado um pedido de elementos à Clínica CUF São João da Madeira, por ofício datado de 22 de maio de 2018, concretamente solicitando:

“[...]”

1. *Se pronunciem detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação da utente, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
 2. *Descrição de todas as etapas percorridas pela 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, se a Clínica CUF de São João da Madeira acionou o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), enquanto entidade a quem compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referência (em particular, a referência das Vias Verdes) e a adequação do respetivo transporte;*
 4. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
9. Considerando a necessidade de carrear elementos adicionais para os autos foi, também, remetido um pedido de informações ao CHBV, por ofício também datado de 22 de maio de 2018, concretamente solicitando:

“[...]”

1. *Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pela 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;*
 2. *Informação sobre o concreto quadro clínico apresentado pela utente aquando da admissão no Hospital Infante D. Pedro;*
 3. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
10. Assim, veio o CHBV, por ofício rececionado em 29 de maio de 2018, remeter os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

Tendo em conta o V. ofício datado de 22.05.2018, com a referência OS.153147/2018 enviamos, em anexo, a documentação que instrui o processo de resposta ao inquérito referido acima, passando pela descrição das etapas percorridas pela utente, informação sobre o quadro clínico apresentado pela mesma e ainda os esclarecimentos que se entenderam relevantes, à análise.”.

11. Em anexo, o CHBV juntou o relatório do episódio de urgência da utente A.A., de 21 de julho de 2017, bem como o resultado da TAC Crânio Encefálica realizada pela utente.

12. Do relatório do episódio de urgência da utente, de 21 de julho de 2017, consta o seguinte:

“[...]

Data / Hora Triagem: 21/07/2017 21:39:11

[...]

Observações Médicas

21-Jul-2017 21:42:12 DR. E.R. / URG. MEDICINA

VVAVC.

Jovem de 32 anos.

Hoje de manhã por episódio de cefaleia intensa e confusão foi a hospital da CUF em S. João da Madeira por volta das 17h onde realizou TC CE sem contraste: observa-se peq. hipodensidade corticosubcortical frontobasal e fronto opercular esq sem efeito de massa que pela clínica pode traduzir lesão isquémica recente no território da ACM esq com possível trombo endoluminal.

entrada na SE confusa, com afasia de expressão marcada, sem aparente lateralização motora, sem desvios oculares

SO2 AA 100%

ta. 128/82

contacto UAVC CHUC – sem indício para tratamento trombolítico

[...]

21-Jul-2017 23:09:55 DR. E.R. / URG. MEDICINA

Propos-me fazer Aas 300 e enoxaparina 40 + manitol a 20% 125 4/4h

Opto por só fazer o manitol até segunda opinião e dado o risco de disseção

Contacto neurologia UAVC do hospital de Gaia e posterior Neuroradiologia de intervenção que após discussão do caso aceita a doente para intervenção.

Transfiro acompanhada de enfermeiro para trombectomia. [...]”.

13. Por sua vez, a Clínica CUF São João da Madeira, por ofício datado de 11 de junho de 2018, veio aos autos remeter os seguintes esclarecimentos:

“[...]

Antes de mais damos por reproduzido a N/ missiva anterior no que respeita ao atendimento prestado à cliente Sra. A.A., somos a informar:

Relativamente ao Ponto 1 da missiva, cumpre-nos:

- a paciente A.A., foi observada na Clínica CUF S. João da Madeira no dia 2017-07-21, pelas 18h.36m, referindo cefaleias desde a noite anterior e episódios de perturbações da fala, tendo o primeiro ocorrido durante o início da manhã;
- não foram referidos outros sintomas relevantes;
- o exame neurológico efectuado apresentou-se sem anomalias aparentes e a tensão arterial dentro dos parâmetros da normalidade;
- não foram observados quaisquer sinais relevantes;
- por se achar adequado foi solicitada realização de TAC de crânio;
- realizado a TAC a doente foi informada da existência de alterações que poderiam sugerir eventual lesão isquémica ou hemorrágica, não se podendo também excluir um quadro de acidente isquémico transitório;
- considerando o quadro clínico, a paciente foi informada da necessidade do mesmo ser avaliado e orientado por Neurologia;
- assim, a doente foi informada que deveria de recorrer com brevidade a Unidade Hospitalar com a especialidade de Neurologia e foram colocadas como adequadas as mais próximas, como seria preferível;
- a paciente optou, pelo Hospital de Aveiro, devido a proximidade do seu domicílio e garantindo dirigir-se prontamente ao referido Hospital, foi referenciada com informação clínica e contacto se necessário.

No que concerne ao Ponto 2 do v/ ofício cumpre referir:

- a paciente foi admitida na unidade pela administrativa A.G., pelas 18h22m;
- o médico responsável pela doente foi o Dr. J.S., [...];
- entre as 18h36m e as 18h55m foi realizada a consulta médica, isto é, anamnese e exame objectivo à doente;
- atendendo as queixas da doente e o exame efectuado na consulta, foi prescrita a realização de TAC do Crânio;
- pelas 18h59m, a paciente realizou a TAC que teve o apoio da técnica M.G.;
- após a realização da TAC, o Dr. J.V. contactou o médico que relatou o TAC para discussão do caso clínico;
- imediatamente após a referida conversa, a doente foi chamada ao consultório e informada da necessidade de ser observada pela especialidade de Neurologia, conforme supra relatado;
- o relato do TAC foi realizado via medweb, Dr. P.P., tendo ficado disponível cerca das 20h20m;

- a doente saiu do consultório médico e dirigiu-se à recepção para realização de pagamento que ocorreu cerca das 20h40m, após o que se ausentou da clínica, acompanhada pela informação clínica e pelo relato do TAC.

Relativamente ao Ponto 3 cumpre referir o seguinte:

Não foi accionado o CODU, mas a doente foi devidamente aconselhada a recorrer de imediato a unidade hospitalar com serviço de Neurologia e Via Verde de AVC, tendo sido assegurado o acompanhamento por familiar.

A doente verbalizou que assim iria proceder.

Finalmente no Ponto 4 cumpre referir no que à prestação de cuidados de saúde respeita, foi a mesma adequada ao quadro observado.

Anexa: Informação Clínica e TAC [...]”.

14. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos factos em presença, em 6 de setembro de 2018, foi solicitado parecer técnico a perito médico consultado pela ERS, cujas conclusões, em suma, se reconduzem a:

“[...]”

A doente terá tido início do quadro clínico durante a manhã, tendo recorrido aos serviços da Instituição ao fim da tarde (18h 36m), na melhor das hipóteses, com mais de 6 horas de evolução do quadro clínico.

Parece ter sido adequadamente avaliada no ponto de vista clínico tendo realizado TAC cerebral diagnóstico de eventual lesão isquémica de etiologia trombótica no território da artéria cerebral esquerda.

Foi sugerida a observação por Neurologia tendo a doente, aparentemente optado por ser observada no Hospital de Aveiro.

Não fica claro da resposta da Instituição se a doente foi adequada e convenientemente elucidada do provável quadro clínico. Não lhe terá sido posta a hipótese de transferência via CODU, tendo a doente “optado” por transporte próprio com acompanhante.

No Hospital de Aveiro foi tentada a transferência da doente para o CHUC sem sucesso atendendo ao tempo de evolução do quadro clínico, tendo, no entanto sido aceite a transferência da mesma para o CHVNG/E onde foi submetida tromboectomia, ficando com sequelas neurológicas.

Se do ponto de vista da avaliação clínica da doente nada há a referir, parece que a informação fornecida à mesma para decisão de transferência se terá afigurado insuficiente. Igualmente, não parece adequada a transferência da mesma em transporte próprio face ao provável quadro clínico, a menos que, após informação adequada e a doente assim o decidisse, o que parece não ter sido o caso.[...]”.

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

“[...]”

O quadro clínico e hipótese diagnóstica mais provável, imporiam, na minha opinião, um transporte via CODU/INEM, pelo que este deveria ter sido contactado.

Atendendo ao tempo de evolução do quadro clínico, a probabilidade de reversibilidade das lesões neurológicas seria diminuta (aliás, a doente foi recusada pelo CHUC atendendo a esse tempo de evolução de mais de 6 horas) pelo que me parece pouco relevante a escolha da Instituição de destino, parecendo correcta a transferência para uma com Via Verde de AVC, não tendo necessariamente Unidade de Neuroradiologia de intervenção.

[...] os doentes devem ser transferidos entre Instituições apenas após contacto com CODU para decisão do modo de transporte e da Instituição de destino.”.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

16. 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;
17. 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.
18. Consequentemente, a Clínica CUF São João da Madeira (CUF SJM) está sujeita à regulação da ERS, encontrando-se inscrita no SRER da ERS sob o n.º 135691.
19. 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”.
20. 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”.
21. 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”.

22. 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”.*
23. 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”.*
24. 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.
25. Ora, tal como configurada, a situação denunciada poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses da utente A.A., 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.
26. Pelo que, perante este enquadramento, resulta a necessidade da análise dos factos, tal como denunciados, sob o prisma de um eventual desrespeito do direito da utente 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

27. 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.

28. 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”;
29. 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”.
30. 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.
31. 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”.
32. 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).
33. Tendo o utente, bem assim, “(...) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos” (n.º 2).
34. Estipulando, ainda, o n.º 3 que “Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”.
35. 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.

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

36. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre “Os direitos do paciente”, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”*.
37. 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.
38. 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 Via Verde de AVC

39. 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;
40. 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 Direcção-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 referência para reabilitação após AVC, de forma a ser evitada a descontinuidade no processo de reabilitação*”.

41. No seguimento e em desenvolvimento do assim previsto foram emitidas pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, diversos documentos orientadores, como sejam os documentos relativos às “*Redes de Referência Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC*” (2006), o “*Documento Orientador sobre Vias Verdes do EAM e do AVC*” (2007) e as “*Recomendações clínicas para o EAM e para o AVC*” (2007).
42. 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*”;
43. 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.
44. 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*”.
45. 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;
46. 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;
47. 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*”.
48. Ademais, as Vias Verdes, juntamente com as redes de referência, são consideradas um elemento essencial na melhoria das garantias do direito de acesso;

49. 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.
50. 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”.*
51. 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.”.*
52. 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;
53. 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;
54. 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”;

55. Sendo que o transporte inter-hospitalar “[...] será preferencialmente da responsabilidade do INEM ou na sua falta por outra ambulância medicalizada”;
56. 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”;
57. 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.3.1. Da Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Direção Geral da Saúde

58. Assim, a Direção Geral da Saúde emitiu 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 referenciação 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.

[...]

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. Análise da situação concreta

59. Os factos apurados no decurso dos presentes autos indiciam a existência de constrangimentos na realização da transferência da utente A.A., com manifesto impacto no seu direito de acesso a uma prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde.
60. Ora, resulta da análise dos factos recolhidos pela ERS, que a utente A.A. recorreu ao Serviço de Urgência da Clínica CUF São João da Madeira pelas 18h36m, do dia 21 de julho de 2017, com histórico “[...] *cefaleias desde a noite anterior e episódios de perturbações da fala, tendo o primeiro ocorrido durante o início da manhã*”.
61. Nessa senda, informa o prestador que “[...] *foi solicitada realização de TAC de crânio; [...] a doente foi informada da existência de alterações que poderiam sugerir eventual lesão isquémica ou hemorrágica, não se podendo também excluir um quadro de acidente isquémico transitório*”.
62. No entanto, ao invés de diligenciar – como lhe competia – pelo acionamento do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), entidade a quem compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referenciação e a adequação do respetivo transporte;

63. O prestador refere que “[...] considerando o quadro clínico, a paciente foi informada da necessidade do mesmo ser avaliado e orientado por Neurologia; assim, a doente foi informada que deveria de recorrer com brevidade a Unidade Hospitalar com a especialidade de Neurologia e foram colocadas como adequadas as mais próximas, como seria preferível; a paciente optou, pelo Hospital de Aveiro, devido a proximidade do seu domicílio e garantindo dirigir-se prontamente ao referido Hospital, foi referenciada com informação clínica e contacto se necessário.”.
64. Sendo certo que, como expressamente refere o perito médico consultado pela ERS, o quadro clínico apresentado pela utente e a prudência recomendavam a solicitação de transporte ao CODU do INEM, “[...] para decisão do modo de transporte e da Instituição de destino”;
65. Pois que uma das principais atribuições do CODU é, precisamente, a de “Coordenar a decisão sobre referenciação primária e secundária de todos os doentes urgentes e ou emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e ou Cuidados Intensivos, em particular a referenciação das Vias Verdes” (cfr. n.º 2, alínea f) do Despacho n.º 14041/2012, de 23 de outubro).
66. Com efeito, e de acordo com o “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.”.
67. 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 e de co-morbilidade.
68. Não tendo qualquer acolhimento a alegação do prestador de que “Não foi accionado o CODU, mas a doente foi devidamente aconselhada a recorrer de imediato a unidade hospitalar com serviço de Neurologia e Via Verde de AVC, tendo sido assegurado o acompanhamento por familiar.”;
69. Incumprindo, assim, a Clínica CUF São João da Madeira a obrigação que sobre si impedia de garantir, permanentemente, uma prestação integrada, continuada e tempestiva de cuidados de saúde, a qual não se compagina com o transporte da utente, por familiares, em veículo próprio e sem qualquer acompanhamento médico e/ou de enfermagem;

70. O que necessariamente constitui um constrangimento do direito de acesso da utente, e uma incontornável quebra no nível da prestação de cuidados.
71. Tudo concorrendo para a desumanização e desarticulação dos cuidados de saúde prestados, na medida em que os procedimentos assistenciais empregues pelo prestador não se revelaram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos da utente A.A., que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à proteção da saúde e à continuidade dos cuidados prestados.
72. 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, no sentido da Clínica CUF São João da Madeira assegurar a adoção de procedimentos garantísticos dos direitos dos utentes ao acesso, em tempo útil, a uma prestação integrada e continuada de cuidados de saúde, obviando à repetição de situações futuras de índole idêntica à ocorrida.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

73. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código de Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido notificados para se pronunciarem relativamente ao projeto de deliberação da ERS, no prazo de 10 dias úteis, a Clínica CUF São João da Madeira e a reclamante A.A., por ofícios datados de 17 de setembro de 2018.
74. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS apenas rececionou, em 27 de setembro de 2018, a pronúncia da Clínica CUF São João da Madeira.
75. Assim, por ofício rececionado em 27 de setembro de 2018, a ERS tomou conhecimento da pronúncia aduzida pela Clínica CUF São João da Madeira, concretamente alegando:

“[...]”

Exmo. Senhor Director do Departamento de Intervenção Administrativa e Sancionatória, Clínica Cuf São João da Madeira, estabelecimento de saúde inscrito no SRER da ERS sob o n° 135694, que integra a entidade Hospital Cuf Porto, S.A., registada sob o n° 22015, tendo sido notificada do V/ projecto de deliberação, vem nos termos do artigo 122º do Código de Procedimento Administrativo e no âmbito da audiência de interessados, pronunciar-se nos seguintes termos:

- Dos Fundamentos do Projecto de Deliberação:

- A ERS antes de proferir o Projecto de deliberação sobre o qual N/ pronunciamos, carregou para os respectivos autos um conjunto de informações por demais relevantes e que se encontram elencadas no capítulo 1.2 Diligências, mais concretamente no ponto 5;

- São estes os elementos que serviram de base ao Projecto de Deliberação e que, s.m.o., poderão impor a revisão de alguns dos pontos constantes no capítulo 111.4, Análise da situação concreta.

- Da Análise da situação concreta

- No que concerne à afirmação ínsita no ponto 59, onde se refere que: os presentes autos "indicam a existência de constrangimentos na realização da transferência da utente com manifesto impacto no seu direito de acesso a uma prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde", pensamos que deverá ser a mesma revista;

- Na verdade, como resulta do presente processo, a doente efectuou os exames clínicos necessários e foi informada da sua condição clínica, nomeadamente, das alterações na TAC que poderiam sugerir lesões isquémicas ou hemorrágicas;

- Para o correcto encaminhamento da paciente, era determinante a conjugação do resultado do exame imagiológico com o exame físico/ neurológico;

- Note-se que, na altura da consulta, não existiam alterações neurológicas que permitissem concluir pela verificação de um AVC isquémico recente, requisito de inclusão da Via Verde AVC;

- O que prejudica a conclusão de que a única medida preconizável seria a activação do CODU conforme consta do ponto 62; (o que é reforçado pela recusa da paciente pelos HUC que entendeu estar já ultrapassada a janela temporal de activação da VVAVC)

- Na verdade, a indicação dada à doente para que recorresse de imediato, sendo conduzida por familiar, a unidade hospitalar dotada de neurologia e de via verde AVC era uma das medidas admissíveis para prossecução do estudo clínico de que carecia e subsequente tratamento;

- Note-se que o Sr. Perito consultado por V. Exas conclui que "atendendo ao tempo de evolução do quadro clínico, a probabilidade de reversibilidade das lesões neurológicas seria diminuta (aliás a doente foi recusada pelo CHUC atendendo a esse tempo de evolução de mais de 6 horas) pelo que parece pouco relevante a escolha da instituição de destino...";

- Assim, conclui-se que encaminhamento preconizado que foi correctamente percebido pela paciente e acompanhante tendo como destino uma unidade com as características acima referidas, era uma das hipóteses adequadas à clinica observada;

- Sendo a respondente alheia ao circuito posteriormente ocorrido nas Unidades do SNS referidas no projecto de decisão, com posições díspares entre si;

- Sem prejuízo, a respondente pauta a sua conduta pela melhoria contínua dos serviços que presta bem como pela garantia da segurança e qualidade clínica, pejo que, desde já, irá considerar as recomendações de V. Exas. e levá-las à prática. [...]"

76. Faz-se, desde já, notar que os argumentos apresentados na pronúncia do prestador foram devidamente considerados e ponderados pela ERS;

77. Ainda que dos mesmos não tenha resultado uma alteração no sentido da decisão que a ERS ora entende emitir.
78. Isto porque, os argumentos aduzidos não põem em causa o quadro factual e legal apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;
79. Antes se mantendo a necessidade de intervenção regulatória, tendo em vista, desde logo, a garantia dos direitos dos utentes ao acesso, em tempo útil, a uma prestação integrada e continuada de cuidados de saúde.
80. Tudo isto para que seja possível no futuro não só evitar a ocorrência de situações concretas como aquela que deu origem à abertura dos presentes autos, bem como aferir se as diligências levadas a cabo pela Clínica CUF São João da Madeira se coadunam com o conteúdo da referida intervenção.
81. Ao longo de toda a sua explanação, o prestador alega como motivo justificativo para os constrangimentos evidenciados no projeto de deliberação da ERS, o facto de que “[...] *na altura da consulta, não existiam alterações neurológicas que permitissem concluir pela verificação de um AVC isquémico recente, requisito de inclusão da Via Verde AVC [...] o que é reforçado pela recusa da paciente pelos HUC que entendeu estar já ultrapassada a janela temporal de activação da VVAVC*”;
82. Razão pela qual, conclui que “[...] *a indicação dada à doente para que recorresse de imediato, sendo conduzida por familiar, a unidade hospitalar dotada de neurologia e de via verde AVC era uma das medidas admissíveis para prossecução do estudo clínico de que carecia e subsequente tratamento*”.
83. Aqui chegados, cumpre, antes de mais, referir que não compete à ERS avaliar a bondade dos concretos cuidados de saúde prestados *in casu*, nem tão pouco avaliar da sua oportunidade e pertinência clínica face às *legis artis* determinadas, por se tratar de matéria que não se insere no âmbito de atribuições e competências desta Entidade Reguladora;
84. Sendo certo que a atuação da ERS sobre a situação em causa nos presentes autos foi delimitada pelas suas atribuições e competências, designadamente no que toca a “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*”, mormente o direito de acesso, em tempo útil, a cuidados de saúde de qualidade, necessários e adequados à sua situação clínica.
85. E, com base nos elementos que foram trazidos aos autos pelo próprio prestador, considerou esta Entidade Reguladora que a conduta da Clínica CUF São João da Madeira *in casu* não se revelou apta nem suficiente à proteção dos direitos e interesses legítimos da utente A.A.;
86. Na medida em que o próprio prestador admitiu, em resposta ao pedido de elementos que lhe foi dirigido pela ERS, que a utente “[...] *foi informada da existência de alterações que poderiam sugerir eventual lesão isquémica ou hemorrágica, não se podendo também excluir um quadro de acidente isquémico transitório*”;

87. Sendo certo que a existência de indícios de um “*quadro de acidente isquémico transitório*” importaria, desde logo, ao prestador um maior cuidado e prudência no atendimento da utente A.A..
88. No entanto, ao invés de diligenciar pelo acionamento do CODU do INEM – entidade a quem compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referenciação e a adequação do respetivo transporte –, o prestador transferiu esse ónus para a utente e para os seus familiares.
89. Não merecendo qualquer acolhimento a alegação do prestador de que o “[...] *encaminhamento preconizado que foi correctamente percebido pela paciente e acompanhante tendo como destino uma unidade com as características acima referidas, era uma das hipóteses adequadas à clínica observada*”;
90. Na medida em que, tendo em conta a sintomatologia apresentada pela utente, o transporte desta, por familiares, em veículo próprio e sem qualquer acompanhamento médico e/ou de enfermagem, impacta gravemente com o seu direito de acesso a uma prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde.
91. Tendo sido esta a questão que norteou todo o projeto de decisão notificado e que enformou a necessidade de adoção dos procedimentos e medidas ora impostos ao prestador.
92. De tal modo que, a linha argumentativa da Clínica CUF São João da Madeira não colhe nos termos aduzidos, por isso se mantendo a necessidade de manutenção da decisão nos termos projetados.
93. Por outro lado, importa notar que, na sua pronúncia, a Clínica CUF São João da Madeira demonstrou a *final* a sua intenção de coadunar o seu comportamento com a instrução constante do projeto de deliberação regularmente notificado;
94. No entanto, não apresenta ainda prova, nomeadamente documental, do seu efetivo e integral cumprimento.
95. Em face do exposto, verifica-se a necessidade de manutenção dos termos da instrução, tal como projetada e notificada, de forma garantir o direito de acesso, em tempo útil, a uma prestação integrada e continuada de cuidados de saúde e que situações idênticas à verificada nos presentes autos não se venham a repetir no futuro.
96. Tudo visto e ponderado, conclui-se pela insusceptibilidade dos argumentos invocados infirmarem a decisão projetada, bem como pela desnecessidade de adoção de novas diligências instrutórias, pelo que a decisão projetada se mantém na íntegra.
97. Cumpre ademais referir que, na pendência do prazo concedido para de audiência de interessados, a ERS rececionou por mensagem de correio eletrónico de 28 de setembro de 2018, um pedido de colaboração da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), solicitando o seguinte:

“[...]”

Na qualidade de instrutor dos autos de inquérito em referência, instaurado por despacho da Sr.^a Inspectora-Geral, em 19-07-2018, com vista ao apuramento de factos ocorridos em 21-07-2017, relacionados com a prestação de assistência médica à participante, A.A., solicito a V/ colaboração no sentido de instruímos os n/ autos com os elementos do V/ processo que importem à tomada de uma boa decisão no âmbito do n/ procedimento, nomeadamente:

- *Cópia da resposta dos estabelecimentos de saúde a quem solicitaram pronúncia sobre o caso (CUF, CHBV, CHVNG/E);*
- *Pareceres periciais;*
- *Cópia das decisões proferidas, ou que venham a ser proferidas, pela ERS sobre o caso;*
- *Quaisquer outros elementos tidos por V. Ex.^a como relevantes para a análise dos factos.”.*

98. Assim, e na sequência do solicitado pela IGAS, a presente deliberação será levada ao conhecimento dessa entidade, para apuramento de factos ocorridos em 21 de julho de 2017, relacionados com a prestação de assistência médica à utente A.A..

V. DECISÃO

99. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, 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, a emissão de uma instrução à Clínica CUF São João da Madeira, 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) Sempre que o quadro clínico dos utentes o justifique ou, pelo menos, indicie uma indefinição ou imprevisibilidade da situação clínica, deve garantir, de forma imediata e tempestiva, o acionamento do CODU do INEM, para concretização da necessidade de transporte/transferência;
- (iii) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos nos pontos anteriores sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento;

(iv) 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*.

100. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 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*”.
101. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

Aprovado pelo Conselho de Administração da ERS, nos termos e com os fundamentos propostos.

Porto, 18 de outubro de 2018.