

**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/090/2018;

## **I. DO PROCESSO**

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

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 2 de janeiro de 2018, da exposição subscrita, na mesma data, por MT, visando o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA), estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado no SRER da ERS sob o n.º 18531, referindo, em suma, constrangimentos na qualidade da prestação de cuidados de saúde à utente MA, sua mãe, no decurso de episódio de urgência em 27 de maio de 2017, especificamente, no que respeita à ativação da Via Verde AVC (VV AVC), reclamação que deu origem ao processo REC/480/2018;
2. Para aferir da eventual necessidade de uma intervenção regulatória acrescida, foi aberto o processo de avaliação registado sob o n.º AV/100/2018, em 23 de maio de 2018, no âmbito do qual foram recolhidos indícios de que a atuação do prestador pode ter desrespeitado os direitos e interesses legítimos da utente, os quais cabe à ERS acautelar, nomeadamente, o direito de acesso a cuidados de saúde tempestivos e de qualidade, com especial enfoque nos procedimentos VV AVC.

3. Pelo que, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 6 de junho de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/090/2018.

## I.2 Diligências

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

- (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS onde se constatou que o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA), é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 18531;
- (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito à exponente em 8 de junho 2018;
- (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos ao CHMA em 8 de junho de 2018 e análise da respetiva resposta rececionada em 24 de julho de 2018;
- (iv) Pedido de parecer clínico a perito médico consultado pela ERS, em 5 de novembro de 2018, e análise do respetivo relatório de apreciação clínica;
- (v) Pedido de informação adicional do CHMA em 6 de novembro de 2018 e análise da resposta rececionada na mesma data.

## II. DOS FACTOS

### II.1. Da reclamação

5. Em suma refere a exponente MT, na sua reclamação, o seguinte:

*“[...] No dia 27 de maio de 2017, pelas 21h a minha mãe iniciou um quadro de disartria e hemiparesia direita. Imediatamente contactei o 112, pedi para transferir a chamada para o CODU, e referi tratar-se de uma Via Verde AVC.*

*Tratando-se de uma suspeita de AVC - Via Verde AVC, os Bombeiros encaminharam a minha mãe imediatamente para a SE (por volta das 22h) do Hospital de V. N. Famalicão. Entretanto a enf.ª designada para esta sala agrediu verbalmente os Bombeiros, referindo que não tinham autorização para encaminhar a doente para a SE e dando indicação para a retirar imediatamente da SE, tendo a minha mãe sido encaminhada para outra sala, sem ser observada. Como presenciei esta situação fiquei absolutamente indignada com a atitude desta enf.ª, que não teve a preocupação em avaliar a condição clínica da doente “ABC” aquando da sua admissão na SE, nem em falar com a colega da triagem, para a triar de imediato, atribuir rapidamente a prioridade clínica e avisar neste caso, a equipa médica de Medicina Interna, no sentido de agilizarem o processo, uma vez que a minha mãe tinha clínica de AVC.*

*Refiro ainda que a minha mãe foi triada cerca de 22 minutos após a admissão na SE (22h22), que no caso em questão representou perda de tempo no processo.*

*Aproveito para informar que cerca das 22h25 a minha mãe mantinha quadro de disartria e hemiparesia à direita, encontrando-se consciente e orientada, tendo-me transmitido, quando questionada, o meu nome, a localização “Hospital” e o mês “maio”.*

*Não posso deixar de enfatizar que o tempo de espera pela observação médica foi demasiado excessivo. A Dra. [...] observou a minha mãe por volta das 22h40, somente depois de ter efetuado vários pedidos de ajuda. Informo também que a minha mãe foi encaminhada para a Imagiologia para realização de TAC Cerebral apenas às 22h50 (cerca de 2h após o início do quadro clínico). Saliento ainda que após a realização da TAC, a Dra. [...] comunicou-me que era normal e que por tal motivo teríamos que aguardar a evolução do quadro. Imediatamente lhe referi que a minha mãe tinha clínica de AVC e sugeri a realização de uma AngioTAC para despiste de eventual lesão tromboembólica, ao que me respondeu que esse exame teria que ser pedido pelo “colega mais graduado - Dr. [...]. A minha mãe foi então encaminhada para a mesma área, tendo constatado um agravamento do quadro clínico, agora com afasia e descontrole dos esfíncteres. Posteriormente, por volta das 00:30, foi reencaminhada de novo para a Imagiologia para realização de AngioTAC. Após o exame o Dr. [...] reforça a informação da sua colega, referindo que os 2 exames realizados eram normais, por tal motivo teríamos que aguardar a evolução do quadro, pelo que lhe respondi que a janela temporal de segurança para realização de terapêutica (fibrinolítica ou endovascular) estava a terminar.*

*Por volta das 2h20 de 28 de maio, o Dr. [...] informa-me que a minha mãe teria que ser transferida para o HSA a fim de ser submetida a tromboectomia, por se ter confirmado AVC isquémico em território da ACME. Informo que a minha mãe apenas saiu do Hospital de V. N. Famalicão às 2h40 (decorridas 5h40 desde o início do quadro), tendo chegado ao HSA por volta das 3h10, muito além da janela terapêutica de segurança.*

*Foi então admitida na SE do HSA e encaminhada para a Imagiologia para repetir TAC cerebral no sentido de se ponderar a realização de tromboectomia dado o tempo excessivo decorrido desde o início do quadro. Entretanto o Neurorradiologista informou-me da decisão tomada, tendo a minha mãe sido submetida a tromboectomia. Após a realização do procedimento, o Neurorradiologista Dr. [...] transmite-me que foi contactado pelo colega do Hospital de V. N. Famalicão à 1h50 e que lamenta, a excessiva perda de tempo ocorrida no Hospital em questão, para além do processo de transferência demasiado demorado. Garantiu-me que o prognóstico era reservado, que conseguiu permeabilizar as artérias, mas que o tempo que estiveram ocluídas foi demasiado excessivo, podendo a minha mãe nunca recuperar ou ficar com sequelas.*

*Posteriormente no HB, após investigação etiológica, foi-me transmitido que a minha mãe apresentava uma desmielinização isquémica retardada em zona cujo córtex esteve em*

*sofrimento (a desmielinização pós hipóxica tardia ocorreu devido ao não cumprimento da janela terapêutica de segurança - o tratamento deveria ser realizado até 4h e 30 minutos do início dos sintomas, que não aconteceu).*

*Não posso deixar de manifestar o meu desagrado, indignação e revolta que foram uma constante, desde o momento que a minha mãe foi admitida no SU do Hospital de V. N. Famalicão até à chegada do HSA. [...]*

6. Em resposta à reclamação o CHMA informou o seguinte:

*[...] De acordo com os registos do CHMA, a utente deu entrada no SUMC às 22.22 horas, tendo sido classificada com prioridade laranja (muito urgente), atentas as queixas apresentadas na triagem: "trazido ao SU por alteração do estado de consciência desde as 21h".*

*Em relação ao motivo da reclamação, informa-se que foi cumprido o circuito dos doentes para estes casos, já que doentes com suspeita de AVC devem ser encaminhados para o circuito da Via Verde AVC, na dependência da equipa de Medicina Interna e não para a Sala de Emergência, conforme os bombeiros terão efectuado. Por este motivo, terá existido a intervenção de um profissional da equipa de enfermagem para alertar os bombeiros para este facto, agilizando rapidamente a implementação do circuito devido.*

*No que diz respeito ao atendimento prestado à utente, confirmamos que a equipa médica de Medicina Interna de serviço contactou o Centro Hospitalar do Porto, tendo realizado todas as diligências para garantir e concretizar o seguimento necessário e mais adequado à situação clínica que a utente apresentava.*

*Cientes da gravidade do quadro clínico que a utente apresentava nesse episódio de urgência, reconhece-se a relevância da celeridade no tratamento da situação, de forma a evitar-se o comprometimento e inviabilização do mesmo. Por conseguinte, dever-se-á considerar todos os tempos envolvidos no caso concreto, sendo de considerar o tempo de espera reservado ao transporte da utente para outra entidade hospitalar.*

*Relativamente aos tempos empregues no atendimento à utente, cabe informar que os testes foram céleres e correspondem ao expectável para o tratamento da patologia em questão. [...]*

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

7. Em face do exposto, em 8 de junho de 2018, foi solicitado ao prestador que viesse aos autos prestar a seguinte informação:

*[...] 1. Explícitem de forma fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, a situação descrita na referida exposição;*

*2. Envio cópia do relatório do episódio de urgência da utente (Alert), em 27 de maio de 2017;*

3. *Confirmação de que a situação foi enquadrada em sede da Via Verde AVC, ou, em caso negativo, indicação da(s) raz(ões) para que tal não tenha sucedido;*

4. *Envio de cópia, acompanhada de todos os elementos documentais necessários e relevantes à análise do caso concreto, do relatório de transferência para o Centro Hospitalar de Santo António, E.P.E.;*

5. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]”.*

8. Por ofício datado de 24 de julho de 2018, o CHMA veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

*“[...] Cabe referir, antes de mais, que o CHMA não dispõe da estrutura assistencial VIA VERDE AVC, ao abrigo da Rede de Referência Hospitalar de Neurologia em vigor (Cf. Anexo 1). Desta forma, poderá questionar-se a razão pela qual a utente veio diretamente transferida para esta unidade hospitalar, atenta a alegada suspeita de patologia AVC, desde a primeira avaliação realizada.*

*Não obstante esta situação, de acordo com os registos do CHMA, confirma-se que a utente deu entrada no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica do CHMA, no dia 27/05/2017, às 22h22, encontrando-se em atendimento pela equipa médica de serviço da especialidade de Medicina Interna, às 22h35 (Cf. Anexo 2).*

*A utente foi devidamente assistida, tendo realizado os meios complementares de diagnóstico e terapêutica adequados ao quadro clínico das queixas apresentadas, designadamente através da realização de TAC, pelas 23h11, exame através do qual foi possível verificar que, nesse momento, a utente não pontuava para realização de trombólise.*

*Posteriormente, pelo facto da utente apresentar flutuações ao nível dos deficits neurológicos, foi decidida a realização de Angio TAC, às 00h35, a partir do qual foi possível concluir a existência de um trombo. Esta situação motivou o contacto imediato com o profissional Neurorradiologista do Hospital de S. António, atendendo ao limite da janela para realização do referido procedimento - trombólise.*

*[...] envia-se também o relatório do episódio de urgência do dia 27/05/2017. (Cf. Anexo 3).*

*Neste sentido, reiteramos todas as informações prestadas anteriormente, no que respeita ao cumprimento dos timings do circuito dos doentes com patologia AVC.*

*Mais se informa que foram realizadas todas as diligências para garantir e concretizar o seguimento necessário e mais adequado à situação clínica que a utente apresentava, na melhor brevidade possível e dentro do expectável para o tratamento da patologia em questão. [...]”.*

9. O prestador juntou ainda, e para o que ao presente processo importa, os seguintes documentos:

- Cópia da Rede de Referência Hospital de Neurologia da Administração Regional de Saúde do Norte ARSN), para a VV AVC;
- Cópia do relatório de urgência, que para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:
  - a) a utente foi triada às 22h22m, com pulseira laranja;
  - b) a utente foi transferida para medicina interna pelas 22h35;
  - c) a primeira observação foi registada às 23h28, onde se refere o pedido do primeiro TAC cerebral e controlo analítico. Existe informação que “a utente não pontua para trombólise”;
  - d) novo registo de observação às 01h26, com informação “flutuação de défice e realização Angio-TAC com referência ao resultado.
  - e) na mesma observação é referida o contacto com neurorradiologia como CHP e transferência da utente;
  - f) a utente foi transferida à 01h55.

10. Tendo em 6 de novembro de 2018, o CHMA sido instado a juntar aos autos cópia do procedimento VV AVC em vigor, veio prestar a seguinte informação:

*[...] O procedimento que neste momento encontra-se em fase final de elaboração.*

*Sobre a forma de proceder nos casos de AVC no CHMA, e transversal as duas urgências (SUMC – em Famalicão e SUB – em Santo Tirso) e todos os profissionais, posso assegurar que é conforme as orientações da DGS. [...].*

### **II.3. Parecer do perito médico consultado pela ERS**

11. Considerando os elementos constantes dos autos foi solicitado parecer clínico a perito médico consultado pela ERS, o qual emitiu um relatório de apreciação clínica no qual é referido que:

*“[...] Trata-se de situação clínica sugestiva de AVC [...] que terá sofrido atrasos de avaliação clínica e imagiológica do quadro clínico.*

*De acordo com a informação disponibilizada pela Instituição a doente terá sido triada pelas 22h22m e sido observada por clínico pelas 22h35. Realiza TAC cerebral pelas 23h11m e Angio-TAC pelas 00h35m onde se confirma a presença de trombo.*

*No entanto o registo clínico apenas tem a primeira observação pelas 23h28m, onde se refere o pedido do primeiro TAC cerebral e controlo analítico. Não há registo do pedido relativo ao Angio-TAC e da hora a que o mesmo foi solicitado, aparecendo apenas a respectiva conclusão com referência ao resultado.*

*Acréscie a referência na reclamação à chegada ao SU e dos cerca de 00h20m aparentemente passados em “discussão” sobre se a doente deveria estar na sala de emergência ou não, situação não esclarecida pela Instituição.*

*Em face da apreciação clínica que antecede, cumpre apresentar as seguintes conclusões e recomendações:*

[...]

*Importa esclarecer as discrepâncias entre os registos clínicos e os horários fornecidos na resposta da Instituição, uma vez que a fita do tempo disponibilizada e cruzada com a reclamação apresenta discrepâncias que poderão ser relevantes para emissão de parecer. [...]*

### III. DO DIREITO

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

12. 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;
13. 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.
14. Consequentemente, o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde sujeita à regulação da ERS.
15. 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”*.
16. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas b), c) e d) do artigo 10º dos Estatutos da ERS, *“assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”*.
17. No que toca, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“apreciar as queixas e reclamações dos*

*utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas.*

18. Já no que se refere ao 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*”.
19. 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.
20. Pelo que, tal como configurada, a situação objeto de análise nos presentes autos, poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses dos utentes, mas também na violação de normativos que à ERS cabe acautelar na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS.

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

21. 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.
22. 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*”;
23. 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”.*

24. 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.
25. 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”.*
26. 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).
27. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
28. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”.*
29. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente<sup>1</sup>, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
30. 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”.*
31. 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.

---

<sup>1</sup> Vd. o ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”.

32. 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

33. 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;

34. 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, atualizado e publicado em anexo a esta Circular Normativa, previu enquanto estratégias de intervenção, nomeadamente:

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

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

- orientações técnicas sobre o tratamento precoce da fase aguda do AVC, destinadas aos profissionais de saúde;*
- redes de 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”.*

35. Previu-se ainda que seria:

*“[...]*

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

atualizado, constante da Circular Normativa da DGS, n.º 03/DSPCS, de 6 de fevereiro de 2006;

36. 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);
37. 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*”<sup>2</sup>;
38. 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;
39. Sendo que o “[...] *sucesso da implementação das VVC 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*”;
40. 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;
41. 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;
42. 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*”;

---

<sup>2</sup> Cfr. Documento orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2007).

43. Ademais, as Vias Verdes, juntamente com as redes de referência, são consideradas um elemento essencial na melhoria das garantias do direito de acesso;
44. 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, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014, 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;
45. Com alusão específica, no artigoº 14.º do referido Despacho n.º 10319/2014, 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”.*

46. Ainda, por via do Despacho n.º 14041/2012, de 23 de outubro<sup>3</sup>, para promover a correta referência dos doentes urgentes e ou emergentes, que lhe compete, o INEM dispõe dos CODU, cujas atribuições são reguladas no referido Despacho, e aos quais compete, com relevância para o caso em apreço, nos termos do n.º 2, alínea 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;”*

47. 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;
48. E resulta, igualmente, do Despacho n.º 10319/2014 *supra* citado, que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), onde é destacada a competência do INEM em

---

<sup>3</sup> Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 209, de 29 de outubro de 2012.

termos de orientação dos doentes nas Redes de SU, redes de referenciação específicas de urgência e Vias Verdes existentes<sup>4</sup>;

49. Refira-se ainda que nos termos do documento “Redes de Referenciação Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC” (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”;
50. Sendo que o transporte inter-hospitalar “[...] será preferencialmente da responsabilidade do INEM ou na sua falta por outra ambulância medicalizada”;
51. 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”;
52. Concluindo que “[...] as U-AVC devem estar articuladas com um ou mais serviços hospitalares de modo a assegurarem, em contínuo, a receção dos doentes, garantindo os cuidados subsequentes e permitindo um escoamento que evite o bloqueamento da U-AVC.”;
53. Mais recentemente o Despacho n.º 2713/2015, de 04 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, vem determinar, com particular relevo para os autos, que:

[...]

- (i) Os hospitais com serviços ou unidades para cuidados intensivos (UCI) com capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, considerados como de nível II ou III, polivalentes e para queimados, devem dispor em permanência de um médico cuja função consiste em assegurar a coordenação dos fluxos e a comunicação com os CODU do INEM, de forma a harmonizar as boas práticas colaborativas dos vários intervenientes no sistema;
- (ii) Compete ao médico designado para esse efeito articular-se com os CODU do INEM no sentido de organizar a receção dos doentes críticos referenciados, bem como a transferência inter-hospitalar para UCI de outras unidades de saúde do SNS;
- (iii) O referido médico deve ser indicado pelo responsável máximo do serviço ou unidade respetiva e pertencer ao corpo clínico da UCI, devendo estar identificado na escala diária da UCI, cuja função é acumulada com a assistência clínica de doentes;
- (iv) A informação de vagas de cuidados intensivos de nível II e III, polivalentes e para queimados, a nível do território continental, de todas as unidades de saúde do SNS deve ser carregada regularmente, no Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), ou equivalente até a sua substituição pelo SONHO, podendo nas unidades preparadas para o

<sup>4</sup> Cfr. artigo 18.º do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho.

*efeito ser adicionalmente usada plataforma informática específica, integrada e coordenada informaticamente com o sistema de informação do INEM no CODU.” [...]”.*

### **III.3.1. Da Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Direção Geral da Saúde**

54. 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.*

“[...]”

*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 (SaO<sub>2</sub>);*

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

55. Conforme resulta da alínea b) da Base XXIV da LBS, os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integradamente todos os cuidados de saúde, não só os hospitalares, mas também os primários, os continuados ou até os paliativos;

56. Uma forma de manifestação do princípio da generalidade no âmbito do SNS prende-se com a necessidade de se garantir uma correta referenciação de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.
57. As RRH são pois essenciais ao cumprimento da característica de generalidade do SNS, constituindo um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.
58. Por outro lado, o funcionamento e as imposições adjacentes a cada uma das RRH consubstanciam regras que, necessariamente, se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde como consagrado na Constituição e na lei. O deficiente funcionamento de uma RRH impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efetivo não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.
59. Nesse âmbito, considerando que as regras respeitantes a cada uma das RRH aprovadas constituem regras de acesso, nos termos e para os efeitos dos Estatutos da ERS, devem as mesmas, ser garantidas pela ERS e, caso aplicável, o seu incumprimento ser sancionado ao abrigo dos poderes que lhe foram atribuídos pelas alínea a) e b) do artigo 12.º e alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º de tal diploma.
60. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referenciação, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.
61. Efetivamente, a atual organização do SNS assenta numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS seja, não somente *de iure* mas também *de facto*, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde organizado e hierarquizado.
62. Nesse sentido, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e por tanto o que de si é esperado – para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança<sup>5</sup>.
63. Nesse sentido, interessa que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados primários

---

<sup>5</sup> Nesse âmbito, os contratos programa surgem como instrumentos detidos quer pelas ARS, quer pelos prestadores de cuidados de saúde, para a operacionalização das suas concretas responsabilidades. Neles são definidos os objetivos do plano de atividades de cada um dos estabelecimentos hospitalares e a subsequente contratualização com o Estado, mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função da produção contratada e dos resultados obtidos, devendo cada um dos prestadores garantir o cumprimento das suas obrigações para garantirem, obviamente e *in fine*, o dever de garantir o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Assim, os contratos programa devem garantir os meios necessários ao cumprimento pelos hospitais contratantes, das regras determinadas por cada uma das RRH das quais os mesmos fazem parte integrante.

até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor.

64. Na verdade, a referenciação de doentes deve ser assegurada para outras unidades hospitalares integradas no SNS quer quando a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respetivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referenciação em vigor, quer quando se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica, seja ela pontual ou permanente.
65. Mas daqui resulta não só a obrigatoriedade das unidades hospitalares referenciarem os utentes, mas também a obrigatoriedade de uma unidade hospitalar de referência aceitar receber os utentes transferidos de outros hospitais.
66. Tal obrigação de aceitação verifica-se naquelas situações em que as unidades referenciadoras de utentes não disponham de nível de referenciação adequado e ou de capacidade técnica.

### III.5 Da Rede de Serviço de Urgência

67. As características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização dos Pontos de Rede de Urgência foram sempre sendo objeto de preocupação e implementação<sup>6</sup>.
68. 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.
69. A Rede de Referenciação de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes naquela Rede, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB).
70. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
71. O Sistema Integrado de Emergência Médica foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto<sup>7</sup>, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar,*

---

<sup>6</sup> Cfr. Despachos do Ministro da Saúde n.º 18 459/2006, de 30 de julho, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 176, de 12 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 24 681/2006, de 25 de outubro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 231, de 30 de novembro, n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 10, de 15 de janeiro de 2007, e n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro

<sup>7</sup> Publicado no DR, II Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014.

*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”.*

72. Para o que ao presente processo importa, refira-se que, o n.º 1 do artigo 4.º estabelece que um SUMC, onde se integra o SU do CHMA, “[...] *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 referênciação.”.*
73. Por seu lado, o n.º 1 do artigo 5º refere que o SUP, onde se integra o SU quer do CHP, “*é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área*”;
74. Por sua vez, a alínea a) do n.º 3 do artigo identificado *supra*, determina que os SUP devem “*dar resposta específica na valência de neurocirurgia*”.
75. Refira-se ainda, que nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 5.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, “*Nos grandes centros urbanos onde existe mais do que um SUP, os cuidados referidos no número anterior podem ser assegurados por um único SU de modo a garantir as condições de resposta adequadas às situações de urgência e emergência em todos os SUP, de acordo com a planificação estabelecida pelas ARS e com a concordância do INEM.”.*
76. Por último, o artigo 22.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, estabelece os critérios, indicadores de qualidade e de avaliação do Sistema Integrado de Emergência Médica, de onde resulta em especial, no que se refere à matéria da transferência inter-hospitalar que:
- i) “*O SU no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência atempada e em segurança, para o SU adequado de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo*”;
- ii) “*Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o ao SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o SU adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência”.*
77. Esse mesmo artigo 22.º estabelece ainda que “[...] *a avaliação das unidades integrantes do SIEM [...] é da responsabilidade [...] Ao nível regional, das ARS, que deverão refletir a evolução do desempenho dos SU sobre sua responsabilidade*”.

### III.6. Análise da situação concreta

78. Face à situação em causa nos presentes autos importa avaliar os constrangimentos verificados no atendimento da utente por forma a evitar a repetição futura de situações idênticas.
79. Assim, a atuação da ERS sobre a situação em causa estará delimitada às suas atribuições e competências, designadamente no que toca a “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.
80. Por conseguinte, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de assegurar de forma permanente, efetiva e em tempo útil a prestação de cuidados de saúde que se apresentem como adequados à satisfação das necessidades dos utentes.
81. Ora, resulta da análise dos factos apurados no decurso das diligências encetadas pela ERS que:
- a) a utente deu entrada no CHMA, pelas 22h00, tendo sido triada às 22h22m, com pulseira laranja;
  - b) a utente foi transferida para medicina interna pelas 22h35;
  - c) a primeira observação foi registada às 23h28, onde é referido o pedido do primeiro TAC cerebral e controlo analítico
  - d) novo registo de observação às 01h26, com informação de realização Angio-TAC com referência ao resultado;
  - e) na mesma observação é referida o contacto com neurorradiologia com o CHP e transferência da utente;
  - f) a utente foi transferida à 01h55.
82. De acordo com a informação da reclamante, a utente realizou a TAC cerebral pelas 22h50, no entanto, esta informação não consta da cópia do episódio clínico remetido pelo CHMA;
83. Igualmente, não consta da cópia do episódio clínico a hora da realização da AngioTAC, que terá sido realizado pelas 00h30;
84. Ora, analisado o percurso da utente, constata-se que entre a sua entrada e a triagem efetuada, decorreram cerca de 20 minutos, o que é excessivo para uma suspeita de AVC, sendo inclusivamente um tempo superior ao tempo-alvo preconizado para a pulseira laranja (10 minutos), cor com que a utente acabou por ser triada;
85. Quanto à primeira observação médica, esta decorreu no tempo alvo para situações muito urgentes;
86. Não obstante, subsistem dúvidas quanto à hora a que foram realizados os MCDT pedidos, quer o TC CE e controlo analítico, quer posteriormente a Angio TAC;

87. Note-se que, na observação registada às 23h28, existe informação que *“a utente não pontua para trombólise”*, não se podendo discernir em que momento foi realizada esta avaliação, à entrada da utente, após execução dos MCDT ou pelas 23h28;
88. Situação idêntica ocorre no registo das 01h26, porquanto, a utente é novamente avaliada apresentando *“flutuação de défice”*, tendo sido pedida Angio Tac;
89. Ora, mais uma vez, não é possível avaliar o tempo decorrido entre a nova avaliação, a realização do MCDT e o diagnóstico realizado;
90. Tendo em conta que, a deteção e tratamento precoce do AVC, de uma forma expedita, são essenciais para a recuperação dos utentes com este tipo de diagnóstico;
91. E que *“[...] 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”*;
92. E por outro lado, considerando que, de acordo com informação prestada pelo CHMA, *“[...] O procedimento [VV AVC] neste momento encontra-se em fase final de elaboração. [...]”* e mesmo que se aceite que este está *“[...] conforme as orientações da DGS [...]”*;
93. Seria conveniente verificar, para evitar situações como a dos presentes autos, que o mesmo é conhecido e seguido por todos os profissionais daquela unidade;
94. Pelo exposto, constata-se que a conduta da CHMA, não se revelou suficiente à garantia dos direitos e interesses legítimos da utente, em especial o direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e adequados à sua situação clínica;
95. Na medida em que o prestador não terá acautelado o acompanhamento expedito da utente, durante o episódio de urgência, garantido uma monitorização clínica, apta a assegurar que pudesse ser tratada com correção técnica e em tempo útil;
96. Opinião secundada pelo perito médico consultado pela ERS que refere *“[...] Trata-se de situação clínica sugestiva de AVC [...] e que terá sofrido atrasos de avaliação clínica e imagiológica do quadro clínico. [...]”*.
97. Ademais, é de salientar que os registos clínicos dos cuidados de saúde devem ser fiáveis e reproduzir a real situação do utente, bem como os cuidados efetivamente prestados;
98. E que os mesmos são uma ferramenta importante, na medida em que são uma garantia de qualidade da prestação de cuidados de saúde, prevenindo a ocorrência de erros por parte dos diversos profissionais envolvidos, promovendo uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautelando qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes;
99. Certo é que nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos, nomeadamente aqueles respeitantes aos registos clínicos, nas mais diversas áreas de intervenção, sem que se garanta,

paralelamente, que os mesmos são efetivamente aplicados, em todos os momentos e em todas as dimensões da atuação dos prestadores, na prestação de cuidados aos utentes.

100. Com efeito, recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, e de normas de acreditação e certificação.
101. Em face de todo o exposto, importa garantir a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, por forma a assegurar o respeito dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, particularmente no que concerne à necessidade da sua permanente monitorização no âmbito de episódios de urgência, bem como para garantir que os registos clínicos dos utentes são fiáveis e reproduzem a sua real situação clínica, bem como os cuidados efetivamente prestados;
102. Dessa forma se procurando evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.

#### IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

103. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável ex vi do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a reclamante MT e o CHMA.
104. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS não rececionou, até ao momento presente, qualquer comunicação do CHMA.
105. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou a comunicação da reclamante MT, em 29 de novembro de 2018, que, em suma, refere o seguinte:

*"[...] 1. Estranha-se o facto, com demasiada gravidade, de as entidades responsáveis/competentes (leia-se CODU), após terem sido contactadas telefonicamente, não terem referenciado, ab início, a utente em apreço para uma unidade hospitalar que tivesse uma estrutura assistencial VIA VERDE AVC;*

*2. É o próprio CHMA, nas informações que prestou no âmbito do processo em apreço, que referiu: "Cabe referir, antes de mais, que o CHMA não dispõe da estrutura assistencial VIA VERDE AVC, ao abrigo de referência Hospitalar de Neurologia em vigor" sublinhado nosso, como se pode retirar do ponto 8 da página 6 da notificação enviada à ora pronunciante.*

*3. Ora, esta questão não foi, de todo, apreciada/contemplada pela ERS, o que deveria ter sido, de moldes a apurarem-se, neste aspeto, as devidas responsabilidades, pois que quanto à essência da questão em análise, este foi um dos pontos mais crítico do atendimento;*

4. Pois essa situação originou atrasos de avaliação clínica e imagiológica e correspondente intervenção terapêutica do quadro em apreço, como se pode retirar do parecer do perito médico consultado pela ERS;
5. Atrasos esses que dificultaram um atendimento tão rápido quanto possível, o qual teria, certamente, minimizado as sequelas graves de que a utente, mãe da ora exponente, é portadora.
6. Refira-se, o que pode ser comprovado, certamente, pelo registo das chamadas junto do CODU, que este foi alertado para a situação, cerca das 21h20m;
7. Que foi a própria então reclamante que informou o CODU.
8. Que a mesma, por ser enfermeira especialista, com prática na área de emergência, no Hospital de Braga, há mais de 20 anos;
9. Teve a preocupação de informar o CODU que a sua mãe tinha todas as suspeitas de uma situação de AVC;
10. Pedindo, expressamente, para ser ativada a VIA VERDE DE AVC.
11. Implorou aos Bombeiros para que a sua mãe fosse encaminhada para o Hospital de Braga, por ser o mais perto e ter todos os meios para tratar estas situações;
12. Sabendo, de antemão que o CHMA não tinha VIA VERDE.
13. Nunca devendo a sua mãe ir para este CHMA.
14. Além do mais, in loco, a pronunciante detetou que os tempos de espera preconizados para estas situações não estavam a ser salvaguardados.
15. Mas não foi atendida; e agora depara-se com a sua mãe com sequelas gravíssimas, que podiam ser evitadas/minoradas

#### POR OUTRO LADO

16. Uma vez que foi enviada para o CHMA, também não foi apreciada pela ERS, como deveria ter sido, pese embora as discrepâncias dos tempos de entrada na instituição e do envio para HSA, a atuação dos profissionais em apreço, no CHMA;
17. Isto é, saber se os mesmos agiram segundo a *leges artis*; o que na opinião da pronunciante não aconteceu.
18. Pois que, como já se disse, o CHMA não tinha VIA VERDE AVC;
19. Essa instituição hospitalar não tinha especialidade de neurologia.
20. Nenhum dos médicos que trataram a utente em causa possuía a especialidade de neurologia;
21. Eram: um de medicina interna e outro interno dessa especialidade.

22. Entre indefinições e falta de conhecimentos específicos e de experiência profissional, para estas situações, demoraram demasiado a enviar a utente para o HSA, local onde, esse sim, tem meios técnicos e humanos para tratar estas situações; 23. Só que infelizmente, já foi enviada demasiado tarde.

24. Reitera-se que a utente: entrou no dia 27/05/2017, no CHMA às 22h00m (e não às 22h22m, sendo esta a hora em que a ficha de entrada foi feita); e chegou ao HSA, tendo entrado pelo Serviço de Urgência no dia 28/05/2017 às 03h09m, conforme Declaração que se junta como documento 1, que se dá por reproduzido para todos os efeitos legais.

25. Sendo falso, que a utente tenha sido transferida para o referido hospital à 01h55m, como consta da alínea f) da página 7 da notificação em apreço.

26. A não ser que a deslocação de Famalicão ao Porto, por autoestrada demore cerca de 1h14; pois neste caso teria que ser assacada responsabilidade a quem realizou o transporte.

27. O que a ora pronunciante sabe, por conhecimento direto e pessoal, é que a sua mãe saiu do CHMA às 02h40m.

28. Apenas às 02h20m foi informada, pelo médico do CHMA, que a sua mãe teria que ser transferida para o HSA a fim de ser submetida a trombectomia, por se ter confirmado o AVC isquémico em território da ACME.

29. Período muito além da janela terapêutica de segurança.

30. Demasiado tarde; pois os tempos de espera preconizados para a situação em apreço não foram salvaguardados.

NESTES TERMOS, visando a deliberação/decisão em apreço dar orientações/instruções ao CHMA, entende a ora pronunciante que:

a) Por nunca ter sido apreciada pela ERS a atuação do CODU, ao ter enviado a utente para um hospital que não tinha VIA VERDE AVC, pese embora ter todos os dados para equacionar que se estava perante um quadro clínico de AVC, dados fornecidos por uma profissional experiente na área.

b) Por nunca ter sido apreciada pela ERS a atuação/comportamento dos profissionais do CHMA que tiveram a seu cargo o tratamento/encaminhamento da utente em apreço;

c) Por nunca ter sido apreciado se, em face dos dados objetivos plasmados no processo, os profissionais do CHMA deveriam ter transferido/enviado logo a utente para um hospital com VIA VERDE AVC, uma vez que esta unidade não era dotada desses meios;

d) Por nunca ter sido apreciada a eventual negligência destes profissionais, pois não eram dotados das competências profissionais, bem como técnicas, exigidas para o caso.

*Requer-se que sejam apreciadas estas questões supra descritas, e sejam tomadas as medidas tidas por necessárias, adequadas e suficientes, de moldes a que, de futuro, as pessoas não tenham que passar por aquilo que infelizmente, a utente em causa, bem como os seus familiares, passaram, sendo aquela portadora de sequelas graves advindas do funcionamento incorreto/insuficiente do CHMA e do CODU, incluindo os Bombeiros. [...]*

106. Face à pronúncia da reclamante MT, cumpre analisar os elementos invocados na mesma, aferindo da suscetibilidade de infirmarem a deliberação delineada.

107. Assim, no que se refere ao alegado pela reclamante, no que à atuação do CODU respeita, note-se que, por via do Despacho n.º 14041/2012, de 23 de outubro<sup>8</sup>, para promover a correta referenciação dos doentes urgentes e ou emergentes, que lhe compete, o INEM dispõe dos CODU, cujas atribuições são reguladas no referido Despacho, e aos quais compete, com relevância para o caso em apreço, nos termos do n.º 2, alínea f):

“[...]”

*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;”*

108. 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;

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

110. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.<sup>9</sup>

111. O Sistema Integrado de Emergência Médica foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto<sup>10</sup>, e “*determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação*”.

---

<sup>8</sup> Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 209, de 29 de outubro de 2012.

<sup>9</sup> Note-se que nos termos do artigo 4º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, neurologia, não é uma valência médica obrigatória nos SUMC, pelo que, de acordo com as normas aplicáveis à VVAVC a receção de casos suspeitos de AVC deve ser realizada por médico com especialidade de medicina interna. – Ver Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Direção Geral da Saúde

<sup>10</sup> Publicado no DR, II Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014.

112. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º estabelece que um SUMC, onde se integra o SU do CHMA, “[...] 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.”.
113. Por seu lado, o n.º 1 do artigo 5º refere que o SUP, onde se integra o SU do CHP, “é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área”;
114. Por sua vez, a alínea a) do n.º 3 do artigo identificado *supra*, determina que os SUP devem “dar resposta específica na valência de neurocirurgia”.
115. Com alusão específica, no artigoº 14.º do referido Despacho n.º 10319/2014, 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.[...]”;
116. O que, no caso concreto, aconteceu já que, como, inequivocamente, se constata dos elementos recolhidos nos presentes autos, a utente realizou, no CHMA, TAC e Angio-TAC;
117. Os quais, sendo determinantes para o cabal diagnóstico da patologia em causa, vieram a determinar a transferência da utente para o CHP-HSA, após contacto com neurorradiologia, para a realização de trombectomia;
118. A qual, aquando da ativação do CODU, se desconhecia ser enquadrável na situação objeto de comunicação, já que nem sequer o diagnóstico de AVC estava efetivado.
119. Pelo que não se acompanha o alegado pela reclamante que [...] o CODU, [enviou a] utente para um hospital que não tinha VIA VERDE AVC [...]”;
120. Por sua vez, quanto à questão colocada pela reclamante quanto à análise da “[...] atuação/comportamento dos profissionais do CHMA que tiveram a seu cargo o tratamento/encaminhamento da utente em apreço; [...] Por nunca ter sido apreciada a eventual negligência destes profissionais, pois não eram dotados das competências profissionais, bem como técnicas, exigidas para o caso. [...]”;
121. Importa recordar que, não incumbe à ERS avaliar a correção técnica dos concretos cuidados de saúde prestados, nem avaliar a sua oportunidade e pertinência clínica, não lhe competindo pronunciar-se ou averiguar da conformidade ou desconformidade da atuação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) com as *legis artis*, porquanto essa é uma competência exclusiva das respetivas ordens profissionais.

122. À ERS caberá aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os direitos e interesses legítimos dos utentes.

E quanto a esta questão, da pronúncia da exponente, não resultaram quaisquer factos novos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, antes se reforçando a necessidade da emissão da instrução tal como projetada, razão pela qual se propõe a sua manutenção na íntegra.

## V. DECISÃO

123. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. nos seguintes termos:

- a) Assegurar a existência de procedimentos, atinentes ao serviço de urgência, aptos a garantir, de forma permanente e efetiva e em tempo útil, a prestação de cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes;
- b) 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 e que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas;
- c) Considerando o disposto na Circular Normativa n.º Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Direção Geral da Saúde, prestar informação, acompanhada da devida documentação de suporte, do estado de implementação da Via Verde AVC;
- d) Assegurar a existência de procedimentos que garantam que os registos clínicos dos utentes sejam fiáveis e reproduzam a real situação clínica, bem como os cuidados efetivamente prestados;
- e) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os seus profissionais de saúde;
- f) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

124. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível in casu com coima de 1000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[.] o *desrespeito*

*de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º.*

125. A versão não confidencial da presente deliberação será publicitada no sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde na Internet.

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

Porto, 20 de dezembro de 2018.