

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde 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/074/2015;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, através de notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, em 22 de dezembro de 2015, de uma

situação ocorrida no Hospital de S. José, unidade hospitalar integrada no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. (doravante CHLC-HSJ), relativa ao utente D. que, alegadamente, não teve acesso a cirurgia a um aneurisma cerebral, por não existir, durante o fim de semana, e no serviço de urgência daquela unidade hospitalar, equipa especializada no tratamento de aneurismas, afeta à neurocirurgia, tendo daí, alegadamente, decorrido o falecimento do utente, no dia 14 de dezembro de 2015.

2. Após tomar conhecimento da notícia, e para uma averiguação preliminar e expedita dos factos ali descritos, e ainda com o objetivo de aferir de uma eventual necessidade de intervenção regulatória mais aprofundada, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número AV/254/2015;
3. Contudo, considerando a eventual gravidade dos factos relatados, o Conselho de Administração da ERS deliberou, por despacho desse mesmo dia 22 de dezembro de 2015, proceder à abertura do processo de inquérito registado sob o n.º ERS/074/2015, que corre termos no Departamento de Supervisão da ERS.
4. Note-se que o presente processo de inquérito iniciou-se com base no teor das notícias *supra* referidas, não tendo chegado ao conhecimento da ERS, até ao momento presente, qualquer reclamação concreta de algum familiar do utente.

I.2 Diligências

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

A. em sede de processo de avaliação AV/254/2015

(i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao registo da entidade Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., com o NIPC 506 894 924, registado sob o n.º 10592, detentor de um estabelecimento com a designação Hospital de S. José, registado sob o n.º 113567, sito na Rua José António Serrano, em Lisboa;

(ii) Pedido de elementos ao CHLC-HSJ, em 22 de dezembro de 2015 e respetiva resposta;

B. em sede de processo de inquérito ERS/074/2015

(iii) Pedido de elementos ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E (doravante CHLN), em 25 de janeiro de 2016 e respetiva resposta;

- (iv) Pedido de elementos ao Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (doravante HDS), em 28 de janeiro de 2016 e respetiva resposta;
- (v) Parecer técnico elaborado por perito médico da ERS, em 19 de abril de 2016;
- (vi) Pedido de elementos ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (doravante CHUC), em 29 de abril de 2016 e respetiva resposta.

II. DOS FACTOS

II.1. Dos factos resultantes das notícias

6. De acordo com as notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, em 22 de dezembro de 2015, o utente D., alegadamente, não teria tido acesso a cirurgia a um aneurisma cerebral, por não existir, durante o fim de semana, e no serviço de urgência daquela unidade hospitalar, equipa especializada no tratamento de aneurismas, afeta à neurocirurgia, tendo daí alegadamente decorrido o falecimento do utente, no dia 14 de dezembro de 2015.
7. Concretamente, numa das notícias em causa era referido o seguinte:

“[...] Um homem morreu no dia 14 de dezembro no Hospital de São José, de acordo com o Correio da Manhã desta terça-feira, após três dias internado a aguardar uma cirurgia a um aneurisma cerebral, por falta de equipa completa para realizar neurocirurgia durante o fim de semana.

Ao jornal, a mãe do homem de 29 anos contou que este deu entrada no Hospital de Santarém na sexta-feira, dia 11, com dores de cabeça, parcialmente paralisado e incapaz de falar. Foi transferido para o Hospital de São José, em Lisboa, onde aguardou cirurgia até segunda-feira para o que seria um aneurisma cerebral. Acabaria por morrer antes de a cirurgia ser realizada, apesar de ter sido marcada para o dia 14.

Um familiar disse ao Correio da Manhã que os médicos do São José lamentaram o facto de o aneurisma ter acontecido na sexta-feira, visto que durante o fim de semana não havia equipa completa para realizar uma neurocirurgia.

Ao Diário de Notícias, o Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), ao qual pertence o Hospital de São José, confirmou que a prevenção aos fins de semana de neurocirurgia vascular está suspensa desde abril de 2014. Como a prevenção ao fim de semana é de regime voluntário, alguns especialistas optaram por deixar de a fazer, devido à alteração dos regimes remuneratórios.

Embora existam dois neurocirurgiões no Hospital de São José 24 horas por dia, a neurocirurgia de urgência de aneurismas é "altamente especializada", disse ao DN porta-voz do CHLC, e requer uma equipa "especialmente habilitada" para a realizar "com resultados satisfatórios". [...] - cfr. notícia do Diário de Notícias, de 22 de dezembro de 2015, junta aos autos.

II.2. Das diligências efetuadas em sede de processo de avaliação AV/254/2015

II.2.1. Do pedido de informação ao CHLC-HSJ

8. Considerando a necessidade de obtenção de elementos adicionais junto do prestador, no próprio dia em que foram difundidas as notícias, dia 22 de dezembro de 2015, e após abertura do processo de avaliação, foi solicitado ao CHLC-HSJ que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

- 1. Explícitem de forma fundamentada a situação descrita na referida notícia;*
- 2. Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente);*
- 3. Envio de cópia, acompanhada de todos os elementos documentais necessários e relevantes à análise do caso concreto, do relatório de transferência do Hospital de Santarém, em 11 de dezembro de 2015;*
- 4. Envio de cópia, acompanhada de todos os elementos documentais, do relatório de entrada no serviço de urgência do Hospital de S. José, em 11 de dezembro de 2015;*
- 5. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]” – cfr. pedido de elementos ao CHLC-HSJ, de 22 de dezembro de 2015, junto aos autos.*

9. Por ofício datado de 4 de janeiro de 2016, o CHLC-HSJ veio aos autos “[...] responder ao solicitado enviando os documentos que se anexam:

- Carta do Diretor da Especialidade sobre a notícia publicada (Anexo 1);*
- Relato sucinto dos fatos ocorridos com a assistência ao doente D. (Anexo 2);*
- Correio eletrónico com relato do incidente pelo Diretor da Especialidade. Questões colocadas pelo Diretor Clínico e respetivas respostas pelo Diretor da Especialidade (Anexo 3);*

- *Cópia de todos os elementos documentais (Anexo 4);*
- *Ofício 205/CA de 09/04/2015 - Assunto: Proposta de implementação de equipa de Neurocirurgia Vascolar (Anexo 5);*
- *Ofício 206/CA de 09/04/2015 - Assunto: Implementação de Centro de Referência de Neurorradiologia de Intervenção, com disponibilidade 24h por dia, (Anexo 6);*
- *Cópia de correio eletrónico dando conhecimento dos ofícios n.ºs 205/ 3A e 206/CA para a ACSS, para o Senhor Chefe de Gabinete de Sua Exa o Ministro da Saúde Dr. [...] e para a Senhora Chefe de Gabinete de Sua Exa o Secretário de Estado da Saúde Dr.ª [...] (Anexo 7);*
- *Cópia da Ata do Conselho de Administração n.º54/2015 de 21/12/2015 com abertura de processo de inquérito (Anexo 8);*
- *Cópia do Processo Clínico (Anexo 9);*
- *Cópia do Processo de Enfermagem (Anexo 10)” [...]” – cfr. resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016, junta aos autos.*

10. Na carta do Diretor da Especialidade sobre a notícia publicada (Anexo 1) é referido que:

“[...]”

- a) Existem diariamente e em presença física permanente dois neurocirurgiões de apoio ao serviço de Urgência (S.U.) do CHLC/Hospital de S. José;*
- b) O utente D. entrou no S.U. pelas 19,12 horas de 11/12/2015 e seria operado às 08 horas de 14/12/2015, ou seja, 65 horas após, sendo que internacionalmente é aceite como limite para esta cirurgia o decurso de um período de 72 horas;*
- c) O transporte destes doentes entre unidades hospitalares comporta comprovadamente um risco agravado de deterioração clínica;*
- d) É um facto que existiu até Abril/2014 a possibilidade de operar doentes com patologia igual ou idêntica à do presente caso aos fins-de-semana e feriados, pela existência de equipas para tal especificamente preparadas e competentes em regime de prevenção; contudo, por indisponibilidade de alguns profissionais não médicos, face à alteração do regime remuneratório, a escala dessas equipas de fim-de-semana e feriados foi suspensa. [...]” – cfr. Carta do Diretor da especialidade sobre a noticia publicada, junta como Anexo 1, à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.*

11. No documento junto como Anexo 2, relativo ao relato sucinto dos factos ocorridos com a assistência ao utente D., é referido o seguinte:

“[...] D., transferido do Hospital de Santarém após contato telefónico, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de São José às 19h12m do dia 11 de dezembro de 2015, sexta-feira, com o diagnóstico de [...]. De referir episódio transitório de hemiparesia direita que terá revertido espontaneamente alguns dias antes e que não terá motivado ida ao hospital, sem outros antecedentes relevantes.

Avaliado pela equipa de urgência de Neurocirurgia (Dr. [...] + Dr. [...]) com registo às 19h26m, verificou-se que o doente se apresentava vigil, com afasia global, hemiparesia direita de predomínio braquial (força grau 3/5) com sinal de Babinski do mesmo lado. A TAC realizada no Hospital de Santarém mostrava hematoma intracerebral fronto-temporal esquerdo com pouco efeito de massa, sem evidência de hidrocefalia, associado a hemorragia subaracnoideia na vala sylvica homolateral. Foi solicitada de imediato angio-TC, realizada às 19h50m com hematoma idêntico ao descrito e em que o estudo angiográfico revelou aneurisma da bifurcação da artéria cerebral média esquerda, com cerca de 6mm de maior eixo. Foi então transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (registo de transferência às 19h55m).

Reavaliado nesta Unidade e com o diagnóstico de aneurisma roto da bifurcação da artéria cerebral média esquerda com hematoma associado, considerou-se que o melhor tratamento para o doente em questão seria uma abordagem cirúrgica para clipagem do referido aneurisma, tratamento esse que requer equipa multidisciplinar e condições específicas, não passíveis de serem reunidas no Hospital de São José ou na área metropolitana de Lisboa naquele dia e durante o fim de semana.

De realçar que, dada a instabilidade clínica deste doente, considerou-se como melhor opção de cuidados a estabilização clínica do doente em Cuidados Intensivos e o agendamento da cirurgia indicada para primeiro tempo operatório existente (2ª feira de manhã), correspondendo a menos de 72 horas após a rotura aneurismática.

No período noturno de 13 de dezembro (domingo), verificou-se agravamento neurológico com hipertensão arterial seguida de choque. Desde então deixou de apresentar atividade documentável do tronco cerebral. Com base nestes critérios clínicos, concluiu-se que esta deterioração clínica foi devida a um processo de

rehemorragia do aneurisma cerebral. - provável rehemorragia . Realizou provas de morte cerebral, conclusivas no dia 15 às 13h00m, pelo que se certificou o óbito. [...] – cfr. relato sucinto dos factos ocorridos com a assistência ao doente D., elaborado pelo Diretor da área de Neurociências do CHLC-HSJ, junta como Anexo 2, à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.

12. No Anexo 3 à resposta do CHLC-HSJ, foi junta correspondência eletrónica trocada entre o Diretor Clínico e o Diretor da Área de Neurociências, entre os dias 21 e 22 de dezembro de 2015, com o teor que de seguida se transcreve.

13. Na mensagem de correio eletrónico remetida pelo Diretor da Área de Neurociências ao Diretor Clínico, no dia 21 de dezembro de 2015, é referido que:

“[...] Devo levar ao seu conhecimento o sucedido com o doente D., de 29 anos, Proc. Nº [...]:

-Este doente entrou no dia 11/12/2015, sexta-feira, às 19,12 h com um quadro de HSA e hematoma temporo-frontal esquerdo, enviado pelo Hospital de Santarém; foi observado por Neurocirurgia às 19,26 h e é admitido na UCI Neurocríticos às 20 horas.

Foi solicitada angio-TAC que revelou um aneurisma da bifurcação da artéria cerebral média esquerda tendo sido a situação de novo avaliada pelos neurocirurgiões de serviço às 22,19 h.

Tratava-se, na verdade, de caso com formal indicação operatória para cirurgia precoce para clipagem do aneurisma que não foi possível realizar por ausência de escala de fim-de-semana da equipa cirúrgica, questão já tratada há meses e que deu origem a uma proposta de solução (o mesmo se passou com a Neurorradiologia) que não teve sequência.

Nestas circunstâncias o doente foi marcado para o primeiro tempo operatório programado disponível - 8,30 h de 2ª feira, 14/12. No entanto, a 13/12 às 22,35 h o estado neurológico do doente degradou-se, com necessidade de ventilação assistida, passando ao nível III, por muito provável re-hemorragia; a equipa cirúrgica que iria operar o doente encontrou-o às 8,30 h de 2ª feira, 14/12, com manifestações de morte cerebral e já sem condições cirúrgicas.

A cirurgia precoce neste caso teria, de facto, evitado a evolução fatal que se veio a verificar. [...]” – cfr. cópia da mensagem de correio eletrónico, datado de 21 de dezembro, junto aos autos como Anexo 3, à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.

14. Ainda, e na sequência de pedido de informação do Diretor Clínico de 22 de dezembro de 2015, o Diretor da Área de Neurociências veio prestar os seguintes esclarecimentos:

"[...] "... as equipas de serviço no hospital interviriam nas situações clínicas urgentes/"life-saving estivessem reunidas condições para operar o doente em contexto de equipa de neurocirurgia

No caso vertente a única cirurgia de que o doente necessitava era a clipagem do aneurisma e seria este procedimento que evitaria a re-hemorragia que se revelou fatal. Não existia indicação para procedimento cirúrgico, nomeadamente, craniectomia descompressiva ou colocação de derivação ventricular externa que, se necessários, seriam realizados pela equipa de Urgência.

Houve contacto prévio do hospital de origem informando do envio do doente?

Sim, um dos neurocirurgiões de serviço foi contactado telefonicamente com a informação de que seria enviado um doente com hematoma intra-cerebral. O diagnóstico de rotura de aneurisma foi feito no CHLC através de angio-TAC realizada de urgência pela Neuroradiologia a pedido da NC.

Nunca estiveram reunidas condições para aquela cirurgia do dia 11 a dia 13/12?

Não, devido à inexistência de equipa multidisciplinar escalada para cirurgia urgente de aneurisma, equipa essencial para o efeito e sem a qual não é possível em segurança e rigor técnico, esse tratamento (clipagem).

O doente foi avaliado regularmente pela neurocirurgia nesses dias?

Foi avaliado, como habitual, por intensivistas e neurocirurgiões na UCI Neurocríticos

Quem foram os neurocirurgiões de serviço na urgência nesses dias?

Sexta-feira, 11 - Dr. [...] e Dr. [...] (interno)

Sábado - Dr. [...] e Dr. [...] (interno)

Domingo - Dr. [...], Dr. [...] e Dr. [...] (interno)

Foram efectuados contactos com a neuroradiologia de serviço na urgência nesses dias? Esses contactos estão registados?

Sim, para realização de angio-TAC. Está registado pedido do exame às 19,26 h, bem como, a sua visualização às 19,55 h.

O doente não tinha condições para abordagem endovascular pela patologia ou localização do aneurisma? Estes factos estão registados?

Segundo "o estado da arte", um aneurisma roto da artéria cerebral média associado a hematoma tem formal indicação para cirurgia e não para embolização. Está registada a indicação cirúrgica e sua programação.

Foi considerada a transferência para outro hospital?

Sim; sendo uma nossa preocupação já existente anteriormente a este caso, é do nosso conhecimento através de contactos directos a inexistência de resposta nos restantes hospitais públicos da área de Lisboa.

Houve contactos com especialistas de outro centro para avaliar a hipótese de transferência?

Não, pelos motivos expostos na resposta anterior. [...]” – cfr. cópia da mensagem de correio eletrónico datada de 22 de dezembro de 2015, subscrita pelo Diretor da Área de Neurociências, junto como Anexo 3, à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.

15. O CHLC-HSJ juntou ainda cópia de um documento remetido ao Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., datado de 9 de abril de 2015, com o assunto “*Proposta de implementação de centro de referência de neurorradiologia de intervenção, com disponibilidade 24h por dia, 7 dias por semana.*”, que em suma refere o seguinte:

[...] Proposta: Implementação de centro de referência de Neurorradiologia de intervenção, com disponibilidade 24h por dia, 7 dias por semana.

[...]

A disponibilidade permanente dos profissionais, devidamente qualificados para a execução das abordagens terapêuticas, foi no passado garantida por recurso a regime de prevenção, que é um sistema que carece da concordância do trabalhador, situação que não foi possível manter devido à indisponibilidade dos profissionais, em virtude dos valores atualmente praticados

Sendo o regime de prevenção voluntário, mantém-se a indisponibilidade de alguns profissionais para integrarem escalas de prevenção, inviabilizando a construção de equipas para o tratamento de doentes com esta patologia.

Pela diferenciação necessária e treino requeridos, são poucos os especialistas de Neurroradiologia existentes no CHLC para constituição de escalas de Urgência em regime normal.

Desta forma, o hospital encontra-se dependente da vontade/ disponibilidade dos profissionais para voluntariamente construir esquemas de prevenção das equipas, com composição adequada.

[...]

Desde a suspensão das escalas anteriores que o Conselho de Administração (CA) tem mantido negociações com os profissionais e avaliação dos modelos de organização do trabalho possíveis para recuperar a cobertura existente.

Nesta medida é absolutamente vital, reconhecer a Neurroradiologia de intervenção como centro de referência, tendo presente as técnicas evoluídas praticadas, criando as condições para a existência de uma disponibilidade de 24h, todos os dias de semana.

[...]

Até Fevereiro de 2013, este sector funcionava ainda, em regime de Prevenção das 15h00 às 20h00 nos dias de semana de 3ª a 6ª e 24h aos Sábados, Domingos e Feriados, todo o ano. Durante os períodos noturnos dos dias de semana e não obstante não se encontrar prevista a prevenção, a equipa deslocava-se frequentemente e sempre que era chamada ao hospital.

Considerando os condicionalismos legais a que o CHLC está sujeito no que diz respeito ao regime remuneratório dos seus Profissionais, o nível de diferenciação científica e técnica dos recursos humanos envolvidos e o acréscimo de trabalho a realizar- no período noturno, a equipa de profissionais em causa considerou que a compensação remuneratória que passaria a ser auferida não dignificava a atividade em causa, nem reconhecia a disponibilidade permanente que teria de ser assegurada por parte dos mesmos, pelo que em Janeiro de 2013, a Direção da neurroradiologia de Intervenção decide suspender o regime de prevenção em vigor até àquele mês.

A suspensão desta atividade implicou que a prestação destes serviços deixasse de ser assegurada fora do horário de atividade programada da Neurroradiologia de Intervenção, com claro prejuízo para os doentes e para o SNS.

Pretende-se neste momento, fazer algo de inovador, que é garantir uma cobertura de 24 h, de forma permanente, o que só poderá ser possível com um ajustado enquadramento remuneratório.

[...]

Propõe-se que a Neurroradiologia de Intervenção seja reconhecida como um centro de elevada diferenciação e de referência nacional, devendo, no entanto, a atividade realizada fora do âmbito da respetiva atividade programada, ser sujeita a um Programa de incentivo à atividade de Neurroradiologia de intervenção com um financiamento específico e adicional ao Contrato Programa do CHLC, que dignifique e reconheça a disponibilidade permanente a ser assegurada pela equipa de Profissionais envolvida.

Deste modo, a presente proposta tem em vista:

a) Dar cobertura, pela primeira vez, à disponibilidade permanente da Equipa de profissionais 24h, 7 dias da semana, podendo esta integrar Profissionais de outras Unidades hospitalares da ARSLVT - constituindo-se como uma componente fixa a ser assegurada mensalmente;

Conclusões

Em virtude do exposto, tendo presente a fulcral importância da implementação deste programa de assistência, que representará um acréscimo determinante de qualidade nos cuidados prestados à população, submetemos as presentes propostas, para que sejam criadas as condições para a sua implementação. [...]"
– cfr. Ofício 206/CA de 09/04/2015, junto como Anexo 6, à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.

16. Por sua vez, no Anexo 5, é junta cópia da proposta da equipa de Neurocirurgia Vasculuar para *“Implementação de equipa de Neurocirurgia Vasculuar, com disponibilidade para proceder à cirurgia urgente nas primeiras 48 horas, de aneurismas da circulação cerebral que sofreram rotura, quando não tratáveis por embolização”,* igualmente remetida ao Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., em 9 de abril de 2015, na qual é referido que:

“[...]

A prevenção à cirurgia urgente e precoce - primeiras 48 horas - de aneurismas da circulação cerebral que sofreram rotura, quando não tratáveis por embolização (Neurroradiologia de Intervenção) foi suspensa no bloco da Neurocirurgia em Abril de 2014 por motivos relacionados com a remuneração dos funcionários com aptidão

para integrarem as respectivas escalas - a realização destas intervenções cirúrgicas pressupõe equipas muito especializadas, quer médicas quer de enfermagem, pelo que apenas um número reduzido de profissionais estão aptos para as realizar com resultados satisfatórios.

[...]

Considerando que estas intervenções cirúrgicas, [...] serão sempre realizadas fora do horário normal de trabalho da equipa e do horário de programação do bloco operatório, propõe-se que sejam retomadas sendo a equipa compensada de forma semelhante a da cirurgia adicional, [...] num regime de disponibilidade próprio, para o dia de Sábado e/ou Feriado, de forma a garantir a disponibilidade para as intervenção em 48 horas.

Conclusões

Em virtude do exposto, tendo presente a fulcral importância da implementação deste programa de assistência, que representará um acréscimo determinante de qualidade nos cuidados prestados à população, submetemos a presente proposta, para que sejam criadas as condições para a sua implementação. [...]” – cfr. ofício 205/CA de 09/04/2015, junto como Anexo 5, à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.

17. O prestador remete ainda, como Anexo 9, cópia do processo clínico, bem como cópia do episódio de urgência, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

- (i) o utente deu entrada no serviço de urgência (SU) em 11 de dezembro de 2015, pelas 19h12;
- (ii) o utente foi triado às 19h15, com pulseira laranja (emergente), tendo sido encaminhado para neurocirurgia;
- (iii) nas observações pode ler-se “*trazido por médico e enfermeiro referenciado do Hospital de Santarém, com HD hematoma intraparenquimatoso*”;
- (iv) pelas 19h26, é observado por neurocirurgia, que solicita Angio-TAC;
- (v) pelas 19h55, no resultado do exame pode ler-se “*AngioTAC mostra aneurisma roto da bifurcação da ACM esquerda. Transfiro para UCINC Nível 1 após contacto.*”;

(vi) o utente, de acordo com informação da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC), deu entrada naquele serviço, no dia 11 de dezembro de 2015, pelas 20h;

(vii) na ficha clínica diária do utente, referente aos dias 11 a 15 de dezembro de 2015, constata-se que o doente foi sendo vigiado e monitorizado;

(viii) nas fichas clínicas diárias do utente relativas ao decurso do internamento na unidade de Neurocríticos, e desde que deu entrada na mesma no dia 11 de dezembro de 2015, encontrava-se a menção “o doente não pode/deve ser transferido”;

(ix) na ficha clínica do doente, referente ao dia 13 de dezembro de 2015, nas observações realizadas pelo médico pode ler-se igualmente “provável morte cerebral”;

(x) no diário clínico do internamento, pode ainda ler-se:

“[...] 11 de Dezembro de 2015

Drº [...] HSJ-NEUROCIRURGIA

29 anos, com provável hemorragia sentinela há 2-3 dias [...]

angio tc mostra hematoma temporal esquerdo com hsa associada por rotura de aneurisma da bifurcação da acm esquerda.

Por não existir neurocirurgia vascular de urgência, agenda-se cirurgia eletiva para clipagem do aneurisma roto para o próximo tempo cirúrgico possível, 2ª feira manhã.

14 de Dezembro de 2015 Dr. (a) [...] HSJ-UUM HSJ – UUM CI NIV. III

Ecocardiograma TT: [...]

15 de Dezembro de 2015 Dr. (a) [...]

Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC)

Doente do sexo masculino de [...] anos caucasoide

Doente que é transportado ao H. Santarém no dia 11 de dezembro por alteração do estado de consciência, afasia e hemiparesia direita.

Tratou-se de segundo episódio esta semana, tendo o primeiro revertido espontaneamente. Sem antecedentes conhecidos com medicação habitual.

Na admissão no SU de Santarém: [...]

TC-CE: [...]

Foi transferido para o HSJ ao cuidado de neurocirurgia.

[...]

Angio-TAC mostra [...]

Neste contexto pedida a vaga e aceite na UCINC.

Na noite de 13 de dezembro verifica-se agravamento neurológico com hipertensão seguida de choque [...] desde essa altura sem atividade do tronco documentável. Suspendeu sedação.

Realiza provas de morte cerebral que foram conclusivas no dia 15 às [...] horas a que se certifica o óbito.”;

(xi) Ainda no diário clínico de internamento, mais concretamente no resumo clínico, pode ler-se “*Ainda nas primeiras vinte e quatro horas de unidade fica mais prostrado alternando com agitação, hipertenso com bradicardia. Foi decidida entubação orotraqueal e sedação [...] Na noite de 13 desenvolve quadro de hipertensão grave seguido de choque [...] Objectiva-se perda progressiva de tronco cerebral. [...]. Realiza provas de morte cerebral que foram conclusivas no dia 15 de Dezembro às [...]. Certifica-se óbito nessa altura e passa-se a certidão de óbito com o n.º [...]. [...]*” – cfr. diário clínico do internamento, junto como Anexo 9, à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.

II.3. Das diligências efetuadas em sede de processo de inquérito ERS/074/2015

II.3.1. Do pedido de informação ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. de 25 de janeiro de 2016

18. Após as diligências tidas por necessárias, e considerando que havia sido referido pelo CHLC-HSJ, na resposta remetida à ERS, que “[...] *é do nosso conhecimento através de contactos directos a inexistência de resposta nos restantes hospitais públicos da área de Lisboa*”, foi solicitado ao CHLN, em 25 de janeiro de 2016, já no âmbito do processo de inquérito ERS/074/2015, esclarecimentos relativos a tal situação, nomeadamente:

“[...]

1. *Informem se nos dias 11 a 13 de dezembro de 2015, se encontrava de serviço uma equipa de urgência e/ou prevenção, com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma; em caso afirmativo remetam cópia da escala de*

urgência/prevenção com indicação dos profissionais de saúde presentes (médicos, enfermeiros e técnicos);

- 2. Informem se em alguma ocasião comunicaram ao INEM e/ou a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT), uma eventual falta de capacidade para o acesso de utentes com rotura de aneurisma e respetiva cirurgia, que constitua conhecimento por parte dessas entidades da impossibilidade de encaminhamento/referenciação de utentes, com envio de cópia respetiva de todas as comunicações trocadas (enviadas e recebidas);*
- 3. Informem se o CHLN tem 24h/7dias uma equipa de urgência e/ou prevenção dedicada, com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma; em caso afirmativo remetam cópia da escala de urgência/prevenção com indicação dos profissionais de saúde presentes (médicos, enfermeiros e técnicos);*
- 4. Em caso negativo, e nos casos de admissão de utentes com rotura de aneurisma cerebral, informem quais os procedimentos/orientações em vigor nessa unidade para tratamento de situações de life saving.*
- 5. Informem se o Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Santa Maria foi contactado por algum profissional de saúde do Hospital de S. José, para eventual transferência de utentes, nomeadamente o utente D., nos dias 11 a 13 de dezembro de 2015, com envio de cópia respetiva de todas as comunicações trocadas (enviadas e recebidas);*
- 6. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]” – cfr. pedido de elementos, de 25 de janeiro de 2016, ao CHLN, junto aos autos.*

19. Por ofício datado de 8 de fevereiro de 2016, veio o CHLN informar o seguinte:

“[...]

1. No CHLN não existia, nas datas referidas (11-13 de Dezembro de 2015) uma equipa formal para tratamento de doentes com ruptura de aneurisma da circulação cerebral.

Para tratamento destas situações existia à data no CHLN um modelo para realização destas intervenções aos feriados e fins-de-semana, sob a forma de "Cirurgia Adicional", baseada na convocação de uma equipa ad hoc de neurocirurgiões, anestesiólogistas, enfermeiras e assistente operacional, accionada perante as situações concretas.

2. Tanto quanto é do nosso conhecimento, o CHLN não terá feito qualquer comunicação formal de eventual falta de capacidade para o acesso de utentes com rotura de aneurisma e respectiva cirurgia.

3. O CHLN tem equipa de urgência e/ou prevenção dedicada com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma, sendo as respectivas escalas elaboradas no âmbito da estrutura regional criada para o efeito e que assegura a assistência 24h/7 dias aos doentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

4. Vide ponto 3.

5. Não houve, no melhor do nosso conhecimento, qualquer contacto entre o Hospital de S. José e o CHLN para eventual transferência de utentes, nomeadamente o utente D., nos dias 11 a 13 de Dezembro de 2015. [...]” – cfr. resposta do CHLN , datada de 8 de fevereiro de 2016, e junta aos autos.

II.3.2. Do pedido de informação ao Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. de 28 de janeiro de 2016

20. Considerando igualmente a necessidade de obtenção de elementos adicionais junto do HDS, hospital que havia referenciado o utente para o CHLC-HSJ, foram solicitados, por ofício de 28 de janeiro de 2016, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

1. Esclareçam se, quando contactaram o Hospital de S. José (HSJ), para transferência do utente D., foram informados que aquele Hospital não dispunha de equipa de neurocirurgia e neurorradiologia de urgência/prevenção, remetendo para o efeito cópia de todas as comunicações trocadas;

2. Esclareçam se a informação prestada por V. Exas. era suficiente para o HSJ considerar que existia um aneurisma roto, e por isso não teria capacidade para aceitar o doente, por não ter disponibilidade para realizar cirurgia no âmbito da especialidade de neurocirurgia e/ou neurorradiologia;

3. Esclareçam a razão da escolha do HSJ para a transferência do doente;

4. Esclareçam se contactaram outras unidades para transferência do utente, com envio de todos os elementos documentais e factuais de que disponham, bem como se tinham conhecimento da eventual indisponibilidade do Centro Hospitalar

de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria para a realização de clipagem de aneurisma roto;

5. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]” – cfr. pedido de elementos ao HDS, em 28 de janeiro de 2016, junto aos autos.

21. Por ofício datado de 2 de fevereiro de 2016, veio o HDS informar o seguinte:

“[...] Elementos documentados e factuais sobre a intervenção do Hospital de Santarém no caso em epígrafe.

- Relatório Completo do Episódio de Urgência (5 páginas), (anexo 1).

- Esclarecendo:

1 - Conforme se documentou no termo da página 1 do Relatório, a médica de urgência do Hospital de Santarém, comunicou (telefonicamente) ao médico de neurocirurgia do Hospital de S. José a decisão de transferir um doente com AVC hemorrágico, avaliando clinicamente a situação. "O colega de neurocirurgia do Hospital de S. José não deu indicação para fazer qualquer medicação, para, já", "o doente segue acompanhado pela VMER".

Em momento algum o Hospital de Santarém teve razões para ter dúvidas sobre a disponibilidade (ou não) de Neurocirurgia e Neuroradiologia no H. S. José.

2 - Os recursos médicos, técnicos e tecnológicos de que o Hospital de Santarém dispõe, permitiram identificar um extenso AVC hemorrágico e disso deu conta ao Hospital de S. José, que recebeu o doente.

Ao Hospital de Santarém não foram solicitadas outras informações nem transmitidas pelo Hospital de S. José quaisquer limitações.

3- O Hospital de Santarém transferiu o doente para o Hospital de S. José, nos termos da Rede de Referência (anexo 2).

4 - O Hospital de Santarém não contactou outras Unidades de Saúde, pelas razões apresentadas nos três pontos anteriores, desconhecendo eventuais indisponibilidades de outros hospitais.

É convicção do Hospital de Santarém tudo ter feito em conformidade com as boas práticas clínicas e os procedimentos de referência instituídos. [...]” – cfr. resposta do HDS, datada de 2 de fevereiro de 2016, e junta aos autos.

22. O HDS junta em anexo à resposta os seguintes documentos:

a) Relatório completo de episódio de urgência, do qual resulta, no que importa à análise do presente processo, que:

- (i) O utente D. deu entrada no SU, em 11 de dezembro de 2015, pelas 16h18;
- (ii) O utente foi triado pelas 16h24, tendo-lhe sido atribuída pulseira laranja.
- (iii) De acordo com os registos o utente realizou TAC-CE que “*revelou hematoma intraparenquimatoso à direita*”;
- (iv) Pelas 17h31 referem os registos “*Transfere-se para a NC de HSJosé após contacto médico de urgência*”;
- (v) Pelas 17h53, novo registo, “*vai acompanhado pela VMER. Colega da NC não deu indicação para fazer qualquer medicação para já.*”;

b) Documento da ARSLVT designado Urgência Metropolitana da Lisboa, datado de 23 de outubro de 2015 (atualização), sendo que nos termos da Rede de Referenciação da Urgência Inter-Hospitalar, se encontra estabelecido que o HDS deve encaminhar os utentes para o CHLC-HSJ.

II.3.3. Do parecer técnico elaborado por consultor médico da ERS

23. Face ao conteúdo dos elementos carreados para os autos, em 19 de abril de 2016, foi solicitado a perito médico da ERS que se pronunciasse sobre a matéria em causa, que resultou no seguinte:

“[...] O diagnóstico de transferência do HDS para o HSJ é de hemorragia cerebral. Só após angioTAC é que o diagnóstico de aneurisma é feito.

A decisão de manter o doente na unidade hospitalar foi clínica, tendo sido considerada a melhor opção para o caso em questão.

Constatada a ausência de reflexos do tronco cerebral (de 13 para 14/12) não há lugar a outras opções terapêuticas adicionais.

As decisões, neste caso, foram clínicas pelo que o caso deve ser encaminhado para a Ordem dos Médicos. [...]” – cfr. Parecer técnico elaborado por perito médico da ERS, de 19 de abril de 2016, junto aos autos.

II.3.4. Do pedido de informação ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E de 29 de abril de 2016

24. Após as diligências tidas por necessárias, e considerando a necessidade de conhecer os procedimentos em vigor noutras unidades que realizam cirurgias, especificamente clipagem de aneurisma, foi solicitado, em 29 de abril de 2016, ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E (CHUC) que prestasse os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Informem se [a unidade] tem disponível 24h/7dias uma equipa de urgência e/ou prevenção dedicada, com capacidade para receber utentes com rutura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma;*
2. *Em caso negativo, e nos casos de admissão de utentes com rotura de aneurisma cerebral, informem quais os procedimentos/orientações em vigor nessa unidade para tratamento de situações de life saving.*
3. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]” – cfr. pedido de elementos, de 29 de abril de 2016, ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., junto aos autos.*

25. Assim, em 29 de abril de 2016, o CHUC veio aos autos informar o seguinte:

“[...]” *“O Serviço de Neurocirurgia tem respondido aos doentes com rotura de aneurismas cerebrais operando-os (sempre que exista indicação para tal) nas primeiras 24 horas após hemorragia, seja em "tempo da rotina" seja em "programa de cirurgia precoce dos aneurismas".*

Isto aplica-se aos 7 dias da semana, mas, sem ser em casos excepcionais - em que a existência de hematoma intraparenquimatoso faça perigar no imediato a vida do doente - a cirurgia não é efectuada durante a madrugada, por se considerar que o risco de complicações relacionadas com uma cirurgia tão complexa, se efectuada sem que estejam reunidas as melhores condições para a sua realização, ultrapassa o risco de re-hemorragia que é a complicação que importa eliminar com o tratamento precoce do aneurisma roto.” [...]” – cfr. resposta do CHUC, de 29 de abril de 2016, junta aos autos.

II.4. Das prévias intervenções regulatórias da ERS: do processo de Inquérito ERS/004/2015¹

26. Relativamente à questão do acesso a cirurgias para tratamento de aneurismas rotos no CHLC-HSJ, mais concretamente a não existência ou impossibilidade de constituição de uma equipa multidisciplinar especializada;
27. Importa recordar que, a mesma, foi já objeto de análise pela Entidade Reguladora, em 2015, no âmbito do processo de inquérito que correu termos na ERS, sob o registo número ERS/004/2015, aberto na sequência de outras notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, e datadas concretamente de 26 de janeiro de 2015, e em que era relatada a eventual existência de utentes que alegadamente entravam no CHLC - HSJ, a partir das 16:00 de sexta-feira com rutura de aneurisma cerebral, e que tinham de esperar até segunda-feira para serem tratados;
28. E em que era igualmente referido que “[...] *desde meados do ano passado que as equipas de prevenção de neurorradiologia e de intervenção neurocirúrgica deixaram de fazer prevenção ao fim de semana, depois da redução de pagamento das horas extraordinárias [...]*”;
29. Sendo que “*Quando um aneurisma rompe, os doentes devem ser tratados nas primeiras 24 horas [podendo ser tratados] pela equipa de neurorradiologia [...] ou pela neurocirurgia [no entanto] nos últimos dois anos isso deixou de acontecer aos doentes que dão entrada ao fim de semana no Hospital de São José [...]*”;
30. E ao que acresce que “*Apesar de Hospital de Santa Maria ter intervenção ao fim de semana, os doentes não estão a ser encaminhados [...]*”.
31. No âmbito do referido processo de inquérito, e na mesma data em que se tomou conhecimento da situação, foi solicitado ao CHLC-HSJ que se pronunciasse sobre o conteúdo das notícias, para o completo esclarecimento da situação em apreço;
32. O qual, respondeu nesse mesmo dia 26 de janeiro de 2015, tendo confirmado a “[...] *suspensão de prevenção aos fins-de-semana da Neurocirurgia-Vascular desde Abril de 2014 e da Neurorradiologia de Intervenção desde 2013 [referindo que], sendo a prevenção de regime voluntário, existe indisponibilidade por parte de alguns profissionais para a fazer, o que se deve às alterações dos regimes remuneratórios [...] o que inviabiliza o indispensável trabalho da equipa*”.

¹ A versão não confidencial da deliberação pode ser consultada em www.ers.pt

33. Mais alegou ter preparado uma proposta para enviar à ARSLVT no sentido de reativar o trabalho em questão para as equipas de Neurorradiologia e igualmente “[...] *no caso das cirurgias dos aneurismas realizadas pela Neurocirurgia-Vascular, encontra-se também elaborada uma proposta com uma solução alternativa*”.
34. Relativamente à transferência para outras unidades hospitalares destes doentes, refere que “[...] *esta é limitada pelo facto da mobilização e transporte na fase aguda da hemorragia subaracnoídea por aneurisma roto (com instabilidade neurológica e geral) não sendo a mais adequada conduta médica. Além do mais, existem neurocirurgias 24h sobre 24h no Hospital de S. José.*”;
35. Sendo “[...] *no entanto, comum em situações de emergência e quando existe por qualquer motivo dificuldade assistencial, o contacto inter-hospitalar, incluindo com o Hospital Santa Maria [...]*”;
36. Acrescentava ainda que “[...] *não tem conhecimento até à data de situações fatais ou doentes com sequelas graves operados nem tem conhecimento da existência de quaisquer reclamações de familiares ou doentes.*” – cfr. resposta do prestador junta aos de processo de inquérito registado sob o número ERS/004/2015.
37. Ora, na sequência da análise de todos os preditos elementos, designadamente da resposta do CHLC-HSJ ao pedido de informação da ERS *supra*, julgou-se adequado solicitar ao mesmo prestador, em 5 de março de 2015, elementos adicionais;
38. Sendo que, nessa sequência, e por resposta de 6 de abril de 2015, veio o prestador esclarecer, no que importa ao processo ora em curso, que:
- (i) “[...] *o diagnóstico de rotura de aneurisma não é realizado em ambiente pré-hospitalar e mesmo a nível hospitalar exige a disponibilidade de realização de angiografia cerebral ou, como recurso, angio-TAC. Desta forma, a referência pelo CODU ou por outros hospitais carece sempre de avaliação pelas equipas de Neurocirurgia, Neurologia e Neurorradiologia de urgência, que estão sempre garantidas no Hospital de S. José [pelo que] não se considerou necessário avisar o INEM ou a ARSLVT*”;
 - (ii) “*Sendo o regime de prevenção voluntário, mantem-se a indisponibilidade de profissionais para integrarem escalas de prevenção, inviabilizando a construção de equipas para o tratamento de doentes com esta patologia*”;
 - (iii) “*Pela diferenciação necessária e treino requeridos, são poucos os especialistas de Neurocirurgia e de Neurorradiologia existentes no CHLC para constituição de escalas de Urgência em regime normal [pelo que], desta forma,*

o hospital encontra-se dependente da vontade/ disponibilidade dos profissionais para voluntariamente construir esquemas de prevenção das equipas, com composição adequada”;

- (iv) *“Acresce que compõem estas equipas, anestesiolgista, enfermeiro e técnico de diagnóstico e terapêutica, igualmente treinados e integrados no trabalho diferenciado destas patologias”;*
- (v) *“Desde a suspensão das escalas anteriores que o Conselho de Administração (CA), tem mantido negociações com os profissionais e avaliação dos modelos de organização do trabalho possíveis para recuperar a cobertura existente”;*
- (vi) [Assim] *“Nesta fase, existe um acordo com as equipas de Neurorradiologia e de Neurocirurgia cuja complexidade e custos inerentes determinaram que o CA necessite de os submeter à Tutela tendo sido já solicitada reunião para o efeito”;*
- (vii) *“Todos os doentes que ocorrem à Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), são submetidos a Triagem de Manchester [sendo que] os doentes com sinais e sintomas que indiquem deficit neurológico agudo, são incluídos de imediato na Via Verde de AVC (Acidente Vascular Cerebral), a fim de serem submetidos a exames complementares de diagnóstico por Neurorradiologia e observação pelas Especialidades de Neurologia e/ou Neurocirurgia para abordagem terapêutica adequada”;*
- (viii) *“Não existem normas de orientação clínica que regulem a transferência inter-unidades hospitalares de doentes com esta patologia. É no entanto consensual que estes doentes devam sempre ser orientados para Centros com diferenciação e experiência no seu tratamento [nos quais] após a admissão, deve proceder-se de imediato à avaliação clínica e complementar do doente e garantir a sua estabilização”;*
- (ix) *“Baseados numa multiplicidade de factores a analisar, de que são exemplo o tempo da evolução da Hemorragia Subaracnoideia, localização e configuração do aneurisma, presença intracerebral, de hidrocefalia aguda, de comorbilidades em descompensação e correcção/substituição de terapêuticas do ambulatório, no CHLC/Hospital de S. José os doentes com rotura de aneurisma cerebral, são internados em Cuidados Intensivos, permitindo-se assim uma permanente monitorização e avaliação da sua evolução”;*
- (x) *“Face aos constrangimentos surgidos após 1/04/14 instituiu-se como prática, considerada como mais correta e sem prejuízo de outras decisões julgadas por*

convenientes, manter os doentes sob ativas medidas de controlo clínico e terapêutico, até ao tratamento específico do aneurisma (embolização ou cirurgia), sem complicações significativas”;

- (xi) *“Existem situações não relacionadas com o tratamento direto e definitivo do aneurisma, mas que derivam da sua rotura, que configuram risco imediato de vida e que são resolvidas pelas equipas de Neurocirurgia de urgência, tais como as já descritas em III, hidrocefalia aguda e hematomas intracerebrais”;*
- (xii) *“A transferência para outras Unidades Hospitalares está condicionada pelo facto da mobilização e transporte destes doentes na fase aguda da Hemorragia Subaracnoideia por aneurisma roto, não se adequar à mais segura conduta médica, sendo da competência dos clínicos presentes a decisão caso a caso, depois de garantida nesta primeira fase em ambiente adequado, a estabilidade hemodinâmica e neurológica do doente”;*
- (xiii) *“A Via Verde de AVC funciona em pleno e ininterruptamente no Hospital de S. José [e] durante os últimos 5 anos o Centro Hospitalar Lisboa Central foi a Instituição que, a nível nacional, mais doentes recebeu e tratou com esta patologia”* conforme cópia de documento interno do CHLC de avaliação da Via Verde AVC e cópia das estatísticas do INEM da Via Verde AVC (n.º de registos AVC por hospital de destino);
- (xiv) *“No que se refere ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico, depois de realizados exames complementares de diagnóstico por Neurorradiologistas, é feita abordagem integrada na Unidade de AVC (UCV) por uma equipa multidisciplinar de médicos especialistas de Neurologia, Medicina Interna, Neurocirurgia e Medicina Intensiva, sempre que justificado”;*
- (xv) *“No que se refere ao AVC Hemorrágico é feita a avaliação diagnóstica em contexto de VVAVC, seguindo-se terapêutica médica e/ou cirúrgica pelos Neurocirurgiões de serviço na Urgência e pelos Intensivistas de presença física no Hospital de São José 24 horas/dia, 7 dias/semana”. – cfr. resposta do CHLC de 6 de abril de 2015, junto aos autos do processo de inquérito registado sob o número ERS/004/2015.*

39. Na sequência das diligências encetadas pela ERS, em sede do referido processo de inquérito registado sob o número ERS/004/2015, considerou-se que, face à informação prestada pelo CHLC-HSJ, designadamente que:

- *“Existem situações não relacionadas com o tratamento direto e definitivo do aneurisma, mas que derivam da sua rotura, que configuram risco imediato de vida e que são resolvidas pelas equipas de Neurocirurgia de urgência”;*

- *“A Via Verde de AVC funciona em pleno e ininterruptamente no Hospital de S. José” e “que depois de realizados exames complementares de diagnóstico por Neurorradiologistas, é feita abordagem integrada na Unidade de AVC (UCV) por uma equipa multidisciplinar de médicos especialistas de Neurologia, Medicina Interna, Neurocirurgia e Medicina Intensiva, sempre que justificado”;*

- E ainda que *“no que se refere ao AVC Hemorrágico é feita a avaliação diagnóstica em contexto de VVAVC, seguindo-se terapêutica médica e/ou cirúrgica pelos Neurocirurgiões de serviço na Urgência e pelos Intensivistas de presença física no Hospital de São José 24 horas /dia, 7 dias /semana”;*

40. O acesso dos utentes com diagnóstico de aneurisma roto encontrava-se acautelado, não só pela existência da Via Verde AVC, bem como pela garantia do prestador de que haveria sempre e em qualquer circunstância uma atuação em situação de *life saving*.

41. Não obstante, e considerando que o CHLC confirmava não possuir capacidade para a realização de cirurgias em situação de rotura de aneurisma cerebral, ao fim de semana, por não possuir escalas de prevenção que garantissem a realização das mesmas;

42. O Conselho de Administração da ERS deliberou, em sede do referido processo de inquérito, no dia 1 de julho de 2015, emitir uma recomendação ao CHLC-HSJ, no sentido de nas situações em que constatasse não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgia em situação de rotura de aneurisma cerebral por falta de recursos humanos especializados, essenciais à sua realização, os utentes deveriam ser encaminhados para unidade hospitalar que garantisse a prestação dos cuidados de saúde necessários, respeitando as regras estabelecidas no documento *“Redes de Referência Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC”* (2006), quer no Despacho n.º 2713/2015, de 4 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

43. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às

atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

44. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
45. Consequentemente, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., com o NIPC 508080142, encontra-se registado no SRER da ERS sob o n.º 19062, detentor de um estabelecimento com a designação Hospital de S. José, registado sob o n.º 113567, sito na Rua José António Serrano, em Lisboa é uma entidade prestadora de cuidados de saúde.
46. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “*assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”;*
47. Podendo fazê-lo mediante o exercício dos seus poderes de supervisão consubstanciado no dever de “*zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições*”, bem como na emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
48. E, no que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por

diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes;

49. É também competência da ERS, *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados.*

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

[...]

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

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

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

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

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

III.2 Do direito de acesso universal ao serviço público de saúde

53. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações impostas

constitucionalmente, através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

54. Dito de outro modo, a CRP impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
55. 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”*.
56. 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”*.
57. No respeitante à vertente qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos.
58. O que significa que a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica, e que sejam os reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.
59. Cumprindo, por isso, analisar se o comportamento adotado pelo prestador foi suficiente para garantir o cumprimento do dever prestação de cuidados necessários e atempados, imposto ao CHLC-HSJ.

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

60. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente no sector da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.
61. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes.
62. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde.
63. Particularmente, a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e consumidores reduz a capacidade de escolha dos últimos, não lhes sendo fácil avaliar a qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualidade dos recursos humanos e da prestação a que se submetem quando procuram cuidados de saúde.
64. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde devem ser considerados seja do ponto de vista do risco clínico, seja do risco não clínico.
65. No que ao risco clínico diz respeito, as causas mais frequentes de lesões radicam no uso de medicamentos, nas infeções e nas complicações peri operatórias.
66. Estes eventos adversos, em grande parte evitáveis, são passíveis de provocar danos na pessoa doente, sendo certo que os custos sociais e privados neles implicados são de tal importância, que as principais organizações de saúde, como a OMS, incrementaram planos de ação para a prevenção e um controlo mais eficaz sobre os acontecimentos danosos associados aos cuidados e procedimentos de saúde prestados.
67. O utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
68. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade dos cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.

69. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
70. A este respeito encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na sua alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem “*tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*”.
71. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.
72. Ou seja, deve ser reconhecido ao utente o direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo porém obvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
73. Por outro lado, quando na alínea c) da Base XIV da LBS se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, tal imposição decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.
74. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter redobrado cuidado de respeitar as pessoas particularmente frágeis pela doença ou pela deficiência.
75. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito insito 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.
76. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente, segundo o qual deverá ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo, em todas as fases do tratamento.

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

77. 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;
78. Uma forma de manifestação do princípio da generalidade no âmbito do SNS prende-se com a necessidade de se garantir uma correta referência de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.
79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.
83. 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.

84. 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 segurança².
85. Nesse sentido, interessa que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor.
86. 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.
87. 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.
88. 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.
89. E tanto não deixa de resultar na revisão das Redes de Referenciação Hospitalar projetada pela Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, que veio estabelecer os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS mas não determinou quais as valências concretas que cada unidade hospitalar deverá disponibilizar, e principalmente pela Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho, que estabeleceu os critérios de criação e revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referenciação, bem como as áreas que as mesmas devem abranger;

² 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.

90. Estando ali salientado que *“a existência de mecanismos de referenciação deve estar baseada numa cobertura territorial adequada às necessidades das populações, tendo em conta a demografia e a acessibilidade geográfica, de forma a garantir um atendimento de doentes que assegure o cumprimento de tempos mínimos de resposta garantidos”*;
91. E ainda, que as Redes deverão obedecer a determinados princípios, entre eles, permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado, definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada;
92. Princípios estes que não divergem, em essência, do vindo de expor sobre as RRH enquanto regras de acesso no âmbito do SNS.

III.5. Das atribuições e competências das Administrações Regionais de Saúde: a autossuficiência regional

93. A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde que *“são dotadas de meios de acção bastante para satisfazer autonomamente as necessidade correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos”* – cfr. n.º 1 e 2 da Base XVIII da LBS;
94. Consequentemente, o SNS detém uma organização de carácter regional, sendo administrado por cada uma das ARS, cada uma com atribuições e competências sob uma determinada região administrativamente organizada.
95. As ARS desempenham um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência e, *in extremis*, na definição dos pontos de oferta da rede hospitalar e das próprias RRH.
96. A este respeito, note-se ademais que tem tipicamente sido incumbência das ARS *“garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção”*³.
97. E é para cumprimento de tal atribuição fundamental que as ARS são dotadas de um extenso elenco de atribuições, entre outras, assegurar, na respetiva área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde, assegurar a adequada articulação

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

entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referência e elaborar a carta de instalações e equipamentos das respetivas regiões de saúde⁴.

98. Nessa medida, importa assumir que qualquer rede que determine regras concretas e claras de referência e/ou transferência de utentes e que *per si* necessariamente concretizem o direito e o concomitante dever de referência dos prestadores de cuidados de saúde nela integrados, tenha garantida a participação das entidades competentes a nível regional, pois que, só assim, poderão aquelas garantir o efetivo exercício do direito à proteção à saúde dos utentes e a verificação de cada uma das características essenciais do SNS, designadamente aquelas da universalidade e generalidade.
99. Do exposto resulta então que a organização do SNS assenta no princípio da autossuficiência regional, e que constitui, ademais, decorrência direta da opção constitucionalmente consagrada no que se refere à imposição de uma organização regionalizada e descentralizada do serviço nacional de saúde.
100. Sendo certo também que conforme já defendido pela ERS⁵ as RRH atualmente existentes⁶ se consubstanciam em meras linhas orientadoras, que estabelecem requisitos e critérios apresentados como desejáveis mas reconhecidos como inexistentes;
101. Constatação esta ainda não totalmente alterada, apesar do recente impulso ao processo de revisão das Redes de Referência Hospitalar, *supra* referido;
102. O qual, também se adiante, em nada parece anular o reconhecimento da necessidade reforçada de cada uma das ARS, por si e em concertação de esforços, se organizar, estruturar, publicitar e ordenar para cumprimento, pelos estabelecimentos do SNS das suas áreas geográficas, as RRH ou outras redes e regras julgadas necessárias ao cumprimento do carácter da universalidade e generalidade do SNS⁷.

⁴ Cfr. n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

⁵ Cfr. Parecer e Recomendação da ERS de 2009, publicados no sítio eletrónico da ERS, em www.ers.pt

⁶ Elaboradas no seio da Direcção-Geral da Saúde (DGS) e/ou da ACSS.

⁷ Na Recomendação da ERS de 2009, fora já recomendado pela ERS a “*todas as ARS para definirem, publicitarem e ordenarem para cumprimento por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, as RRH que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência.*”.

III.6. Da Rede de Serviço de Urgência

III.6.1. Das regras aplicáveis à Rede de Serviços de Urgência

103. 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 implementação⁸.
104. Mais recentemente, 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.
105. A Rede de Referência 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).⁹
106. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
107. O Sistema Integrado de Emergência Médica foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto¹⁰, 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”*.

⁸ Cfr. Despachos do Ministro da Saúde n.º 18 459/2006, de 30 de julho, publicado no *Diário da República*, 2.ª 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*, 2.ª série, n.º 231, de 30 de novembro, n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 10, de 15 de janeiro de 2007, e n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro

⁹ Nos termos do Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro de 2015, publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 228 — 20 de novembro de 2015, o CHLC- HSJ consta como um SUP com Centro de Trauma.

¹⁰ Publicado no DR, II Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014.

108. 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 HDS, “[...] *é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando -se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência.*”.
109. Por seu lado, o n.º 1 do artigo 5º refere que o SUP, onde se integra o SU do CHLC-HSJ, “*é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área*”;
110. 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*”.
111. Refira-se ainda, que relativamente ao CHLC-HSJ, o seu SU consta da Rede como um centro de trauma, e como tal, refere a alínea a) do n.º 3 do artigo 6º do mesmo despacho que “*devem assegurar a prestação de cuidados de saúde no âmbito de radiologia de intervenção*”;
112. E por isso, o CHLC- HSJ, enquanto unidade hospitalar com um SUP, ademais classificado como Centro de Trauma, tem de estar permanentemente apto a receber qualquer emergência dentro das valências legalmente exigíveis.
113. 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.*”.
114. 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”.

115. 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.6.2. Da Via Verde de AVC

116. 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;

117. 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”.*

118. 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;*

119. 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);

120. 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*”¹¹;

121. 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;

122. 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*

¹¹ Cfr. Documento orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2007).

encaminhamento para os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas, atempadamente, por parte do INEM”;

123. Do exposto resulta, assim, que é desde logo assumida a especificidade deste tipo de cuidados em termos de referenciação, por privilegiar o fator tempo, em detrimento das distâncias quilométricas e dos critérios tradicionais de áreas de influência geográfica dos hospitais;
124. Ainda, considerado o enfoque dado à Via Verde pré-hospitalar, no sentido de uma referenciação 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;
125. 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”;*
126. Ademais, as Vias Verdes, juntamente com as redes de referenciação, são consideradas um elemento essencial na melhoria das garantias do direito de acesso;
127. 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 Referenciação genérica de Urgência e Emergência, as Redes de Referenciação específicas para as quatro Vias Verdes;
128. 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 Referenciação”.

129. Ainda, por via do Despacho n.º 14041/2012, de 23 de outubro¹², 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;”

130. 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;

131. 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 termos de orientação dos doentes nas Redes de SU, redes de referência específicas de urgência e Vias Verdes existentes¹³;

132. Refira-se ainda que nos termos do documento “*Redes de Referência 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*”;

133. Sendo que o transporte inter-hospitalar “[...] será preferencialmente da responsabilidade do INEM ou na sua falta por outra ambulância medicalizada”;

134. 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*”;

135. 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.”;

¹² Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 209, de 29 de outubro de 2012.

¹³ Cfr. artigo 18.º do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho.

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

III.6.3. Das regras de referência aplicáveis na situação de urgência/emergência: a Urgência Metropolitana de Lisboa

137. Recorde-se que quando questionado o HDS sobre a razão da escolha do CHLC-HSJ para a transferência do utente, a entidade prestadora de cuidados de saúde veio informar a ERS das regras de referência aplicadas no caso em apreço e habitualmente aplicáveis em situações semelhantes.

138. Com efeito, veio HDS carrear para os autos parte de um documento referente à “*Urgência Metropolitana de Lisboa: Redes de Referência da Urgência Hospitalar*”¹⁴;
139. Ora, de acordo com aquele documento, na sua versão atualizada de 23 de outubro de 2015, resulta que os utentes do HDS deverão ser encaminhados para o Serviço de Urgência do CHLC-HSJ.
140. Mais se refira que, após a situação ocorrida com o utente D., entrou em vigor em 1 de fevereiro de 2016, o novo modelo organizacional da “*Urgência Metropolitana de Lisboa - (UML) para o doente neurovascular*”.
141. Assim, no que concerne ao aneurisma da circulação cerebral, determinou-se que os Centros Hospitalares de Lisboa Norte (CHLN), Lisboa Central (CHLC), Lisboa Ocidental (CHLO) e Garcia de Orta (HGO) “[...] *de modo colaborativo, garantirão assistência permanente, 24 horas sobre 24 horas, a todos os doentes com esta patologia*”, no seguintes termos:
- “[...]
- i. Durante os dias da semana (definidos entre as 08 horas de segunda-feira e as 20 horas de sexta-feira, incluindo dias feriados), os hospitais assegurarão uma cobertura ininterrupta (com garantia dos meios humanos e técnicos adequados);*
- ii. Aos fins-de –semana (entendidos entre as 20 horas de sexta feira e as 08 horas de segunda-feira) os quatro hospitais assegurarão rotativamente esta assistência*
- [...]”.*
142. As quatro instituições hospitalares asseguram a intervenção do foro da neurorradiologia de intervenção, em colaboração com os especialistas de neurologia/medicina interna e neurocirurgia, através de escalas rotativas.
143. Nos dias de semana, essas escalas são garantidas pelo CHLN às terças e quartas-feiras, pelo CHLC às segundas e quintas-feiras e pelo HGO às sextas-feiras.
144. Aos fins de semana, será o mesmo modelo de rotatividade das equipas que está definido para os aneurismas da circulação cerebral.
145. Recorde-se, no entanto, que este modelo não se encontrava em vigor no momento em que ocorreram os factos análise no presente processo de inquérito.

¹⁴ A Urgência Metropolitana de Lisboa entrou em vigor em 2 de setembro de 2013, e teve por base o documento “Urgência Metropolitana de Lisboa”, elaborado pela ARSLVT, em 18 de julho de 2013.

III.7. Análise da situação concreta

146. A situação em análise na presente deliberação visa, por um lado, avaliar os constrangimentos verificados no atendimento do utente D. e, por outro lado, averiguar da articulação do Serviço de Urgência e de neurocirurgia na prestação de cuidados de saúde.
147. Assim, a atuação da ERS sobre a situação em causa estará delimitada às suas atribuições e competências, designadamente no que toca a “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde” e “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes”.
148. Por conseguinte, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia do acesso universal e equitativo dos utentes ao serviço público de saúde, bem como a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os direitos e interesses legítimos dos utentes;
149. Não se procedendo, contudo, a uma avaliação clínica quanto aos concretos cuidados de saúde aplicados, por se tratar de matéria que não se insere no âmbito de atribuições e competências desta Entidade Reguladora.
150. Assim, das diligências instrutórias encetadas no presente processo de inquérito resultaram os factos que de seguida resumidamente se apresentam:
- (i) O utente D. deu entrada no SU do HDS, em 11 de dezembro de 2015, pelas 16h18;
 - (ii) Após realização de TAC-CE foi constatado no HDS que o utente tinha uma “*hematoma intraparenquimatoso à direita*”;
 - (iii) Pelas 17h31 e “*após contacto com médico de urgência*” do CHLC-HSJ, o HDS decidiu transferir o utente para aquela unidade hospitalar;
 - (iv) O utente foi “*acompanhado pela VMER*” existindo ainda uma nota sobre a indicação que o “*colega da NC não deu indicação para fazer qualquer medicação para já*”.
 - (v) No relatório de Alta do HDS pode ler-se “*Hemorragia Intracerebral*”.
 - (vi) De acordo com a informação prestada pelo HDS, este identificou “*um extenso AVC hemorrágico e disso deu conta ao HSJ*”, não tendo sido transmitidas por este, quaisquer limitações de acesso a especialidade de neurocirurgia;

- (vii) O que foi confirmado pelo Diretor da Área de Neurociências do CHLC-HSJ que referiu que *“um dos neurocirurgiões de serviço foi contactado telefonicamente com a informação de que seria enviado um doente com hematoma intra-cerebral. O diagnóstico de rotura de aneurisma foi feito no CHLC através de angio-TAC realizada de urgência pela Neuroradiologia a pedido da NC”*¹⁵.
- (viii) Ou seja, o HDS, possuindo um SU classificado como SUMC, procedeu à realização de TAC, e de acordo com os resultados apresentados, e considerada a necessidade de intervenção do foro da neurocirurgia e/ou radiologia de intervenção, apenas disponível num SUP, referenciou o utente para o SUP da sua rede de referência, o CHLC-HSJ;
- (ix) Após contacto entre as unidades hospitalares em causa, e consumada a transferência, o utente D. deu entrada no SU do CHLC-HSJ, em 11 de dezembro de 2015, pelas 19h12;
- (x) O utente foi triado às 19h15, com pulseira laranja (emergente), tendo sido encaminhado para neurocirurgia;
- (xi) Nas observações constantes do processo clínico, pode ler-se *“trazido por médico e enfermeiro referenciado do Hospital de Santarém, com HD hematoma intraparenquimatoso”*;
- (xii) Pelas 19h26, é observado por neurocirurgia, que solicita Angio-TAC;
- (xiii) Pelas 19h55, no resultado do exame pode ler-se *“AngioTAC mostra aneurisma roto da bifurcação da ACM esquerda. Transfiro para UCINC Nível 1 após contacto.”*;
- (xiv) De acordo com o relato do CHLC-HSJ *“considerou-se que o melhor tratamento para o doente em questão seria uma abordagem cirúrgica para clipagem do referido aneurisma, tratamento esse que requer equipa multidisciplinar e condições específicas, não passíveis de serem reunidas no Hospital de São José ou na área metropolitana de Lisboa naquele dia e durante o fim de semana.”*¹⁶;
- (xv) Pelo que, o utente D. seria operado às 8 horas da manhã do dia 14 de dezembro de 2015, ou seja, 65 horas após o diagnóstico de aneurisma roto,

¹⁵ Cfr. anexo 3 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

¹⁶ Cfr. anexo 2 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

sendo que *“internacionalmente é aceite como limite para a cirurgia [de clipagem do aneurisma] o decurso de um período de 72 horas”*¹⁷;

(xvi) O que foi confirmado pelo Diretor da Área de Neurociências do CHLC-HSJ¹⁸, o qual esclareceu que não havia tratamento alternativo, uma vez que *“Segundo “o estado da arte”, um aneurisma roto da artéria cerebral média associado a hematoma tem formal indicação para cirurgia e não para embolização. Está registada a indicação cirúrgica e sua programação.”*;

(xvii) O utente, de acordo com informação da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC), deu entrada naquele serviço, no dia 11 de dezembro de 2015, pelas 20h;

(xviii) Mais uma vez de acordo com o relato do CHLC-HSJ: *“De realçar que, dada a instabilidade clínica deste doente, considerou-se como melhor opção de cuidados a estabilização clínica do doente em Cuidados Intensivos e o agendamento da cirurgia indicada para primeiro tempo operatório existente (2ª feira de manhã), correspondendo a menos de 72 horas após a rotura aneurismática.”*¹⁹;

(xix) O que é corroborado pela informação constante da ficha clínica diária do utente, referente aos dias 11 a 15 de dezembro de 2015, onde se constata que o doente foi sendo vigiado e monitorizado;

(xx) Embora tenha sido referido pelo Diretor da Área de Neurociências do CHLC-HSJ que *“A cirurgia precoce neste caso teria, de facto, evitado a evolução fatal que se veio a verificar”*²⁰;

(xxi) Contudo, nas fichas clínicas do utente constantes do seu diário clínico, e relativas ao decurso do internamento na unidade de Neurocríticos, encontrava-se a menção de que o doente *“não pode/deve ser transferido”*;

(xxii) Ao que acresce o relato do CHLC de que *“O transporte destes doentes entre unidades hospitalares comporta comprovadamente um risco agravado de deterioração clínica”*²¹;

¹⁷ Cfr. anexo 1 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

¹⁸ Cfr. anexo 2 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

¹⁹ Cfr. anexo 2 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

²⁰ Cfr. anexo 3 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

²¹ Cfr. anexo 1 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

- (xxiii) E que aliás foi confirmado pelo Diretor da Área de Neurociências do CHLC-HSJ²² que referiu ter sido considerada a transferência do utente para outro hospital, contudo esclareceu que “[...] *é do nosso conhecimento através de contactos directos a inexistência de resposta nos restantes hospitais públicos da área de Lisboa*”;
- (xxiv) Esta última informação não foi confirmada pelo CHLN, o qual na sua resposta a um pedido de elementos da ERS, datada de 8 de fevereiro de 2016, referiu que “*nas datas referidas (11 a 13 de dezembro de 2015) existia no CHLN um modelo para realização desta intervenção aos feriados e fins de semana sob a forma de “cirurgia adicional”, baseada na convocação de uma equipa ad hoc*”;
- (xxv) E que “*Tanto quanto é do [...] conhecimento, o CHLN não terá feito qualquer comunicação formal de eventual falta de capacidade para o acesso de utentes com rotura de aneurisma e respectiva cirurgia.*”;
- (xxvi) Na ficha clínica do doente, referente ao dia 13 de dezembro de 2015, nas observações realizadas pelo médico pode ler-se “*provável morte cerebral*”;
- (xxvii) Desde o dia 13 de dezembro de 2015, “*realiza provas de morte cerebral que foram conclusivas no dia 15 de Dezembro as 13.00. Certifica-se óbito nessa altura e passa-se a certidão de óbito com o n.º [...]. [...]*” – cfr. anexo 9 à resposta do CHLC-HSJ, datada de 4 de janeiro de 2016.

151. Face a toda a factualidade apurada é possível então concluir, em primeiro lugar, que a transferência terá sido corretamente efetuada entre o HDS e o CHLC-HSJ, na medida em que tendo o HDS diagnosticado, após realização de TAC, “*um extenso AVC hemorrágico*”, e verificando que havia necessidade de intervenção do foro da neurocirurgia e/ou radiologia de intervenção, apenas disponível num SUP, referenciou o utente para o SUP da sua rede de referência, o CHLC-HSJ;
152. O qual apresentava no momento da referência capacidade para o tratamento do utente, nomeadamente a possibilidade de realização de Angio-TAC;
153. Pelo que não transmitiu ao HDS quaisquer limitações de acesso à especialidade de neurocirurgia;
154. O que fez igualmente com que aquele prestador “*Em momento algum [tivesse] razões para ter dúvidas sobre a disponibilidade (ou não) de Neurocirurgia e*

²² Cfr. anexo 3 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

Neuroradiologia no H. S. José, que é o hospital de referência, nos termos da Rede de Referência.

155. E, de acordo, com o parecer técnico elaborado por consultor médico da ERS, efetivamente resulta dos dados clínicos do processo que “*o diagnóstico de rotura de aneurisma só foi realizado após realização de angioTAC, no HSJ*”;
156. Pelo que o CHLC-HSJ, no momento da transferência, desconhecia ainda da concreta patologia de que padeceria o utente, a saber aneurisma roto, que poderia ter justificado que, logo a partida, pudesse ter manifestado a indisponibilidade de equipa especializada para a realização de clipagem de aneurisma, entre as 20 horas desse mesmo dia e as 8 horas da manhã da segunda-feira seguinte;
157. O que poderia ter permitido o encaminhamento prévio para unidade hospitalar que garantisse a prestação dos cuidados de saúde necessários, respeitando as regras de referência estabelecidas.
158. Recorde-se que, nos termos do disposto no artigo 22.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, relativo aos critérios, indicadores de qualidade e de avaliação do Sistema Integrado de Emergência Médica, se encontra estabelecido, no que se refere à matéria da transferência inter-hospitalar que “*Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o 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*”.
159. Nesse sentido, e após diagnóstico, o CHLC-HSJ “*considerou [...] que o melhor tratamento para o doente em questão seria uma abordagem cirúrgica para clipagem do referido aneurisma, tratamento esse que requer equipa multidisciplinar e condições específicas, não passíveis de serem reunidas no Hospital de São José ou na área metropolitana de Lisboa naquele dia e durante o fim de semana.*”;
160. Nesse sentido, e “[...] *dada a instabilidade clínica deste doente, considerou-se como melhor opção de cuidados a estabilização clínica do doente em Cuidados Intensivos e o agendamento da cirurgia indicada para primeiro tempo operatório existente (2ª feira de manhã), correspondendo a menos de 72 horas após a rotura aneurismática.*”²³;
161. Ou seja, com base numa avaliação clínica, o CHLC-HSJ considerou que o utente D., poderia ser operado às 8 horas da manhã do dia 14 de dezembro de 2015, ou seja, 65

²³ Cfr. anexo 2 à resposta do CHLC-HSJ datada de 4 de janeiro de 2016.

horas após o diagnóstico de aneurisma roto, sendo que “*internacionalmente é aceite como limite para a cirurgia [de clipagem do aneurisma] o decurso de um período de 72 horas*”.

162. Posteriormente e conforme consta do diário clínico do utente, e no que toca ao resumo clínico, pode ler-se “*Ainda nas primeiras vinte e quatro horas de unidade fica mais prostrado alternando com agitação, hipertenso com bradicardia. Foi decidida entubação orotraqueal e sedação*”;
163. Na noite de 13 desenvolve “[...] *quadro de hipertensão grave seguido de choque [...] Objectiva-se perda progressiva de tronco cerebral.*”[...].
164. De onde resulta que, pelo menos desde dia 12 de dezembro de 2015, que os profissionais de saúde do CHLC-HSJ tinham conhecimento que o estado do utente D. estaria a agravar-se.
165. Confrontados com esta situação, o CHLC-HSJ, não só se mostrou incapaz de escalar uma equipa para realizar a cirurgia urgente;
166. Como também não procedeu a qualquer contacto para possível transferência do utente para outro hospital que garantisse a prestação do cuidado de saúde urgente que o doente necessitava.
167. Refere o CHLC-HSJ que tinham “*conhecimento através de contactos directos da inexistência de resposta nos restantes hospitais públicos da área de Lisboa e por isso não foram os mesmos contactados.*”;
168. No entanto, e de acordo com a informação recolhida nos autos, no CHLN, “*Para tratamento destas situações [rotura de aneurisma] existia à data um modelo para realização destas intervenções aos feriados e fins-de-semana, sob a forma de "Cirurgia Adicional", baseada na convocação de uma equipa ad hoc de neurocirurgiões, anestesiolistas, enfermeiras e assistente operacional, accionada perante as situações concretas*”.
169. Refere ainda o CHLN que “*tem equipa de urgência e/ou prevenção dedicada com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma, sendo as respectivas escalas elaboradas no âmbito da estrutura regional criada para o efeito e que assegura a assistência 24h/7 dias aos doentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo.*”.

170. Esta situação é ainda mais grave considerando que “*A cirurgia precoce neste caso teria, de facto, evitado a evolução fatal que se veio a verificar*”, de acordo com a informação do Diretor da Área de Neurociências do CHLC-HSJ²⁴.
171. Ora, resulta de todo o exposto que a conduta do CHLC-HSJ, relativa à situação concreta ora analisada, não se revelou suficiente à cautela dos direitos e interesses legítimos do utente;
172. Na medida em que o prestador não acautelou o devido acompanhamento do utente, de modo a que este fosse tratado com correção técnica e em tempo útil;
173. A situação revela uma censura acrescida pelo facto de ter sido recomendado, em julho de 2015, ao CHLC-HSJ que nas situações em que constatasse não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgia em situação de rotura de aneurisma cerebral por falta de recursos humanos especializados, essenciais à sua realização, que os utentes deveriam ser encaminhados para unidade hospitalar que garantisse a prestação dos cuidados de saúde necessários;
174. Ora, no momento em que foi realizado o diagnóstico o CHLC-HSJ não só não procedeu à transferência do utente, a qual não se revelaria possível de concretizar, conforme informação constante do processo clínico do utente;
175. Como não fez qualquer tentativa de reunir uma equipa para a realização da cirurgia que o utente necessitava;
176. Nem mesmo quando a situação do utente começou a deteriorar-se;
177. Conduta essa que se revelou manifestamente inadequada à situação clínica do utente;
178. E que consubstancia uma efetiva e grave violação do direito do utente de acesso em tempo útil aos cuidados de saúde de que necessitava.
179. E não se podendo emitir qualquer juízo relativamente à decisão clínica de não ser possível a transferência do utente, por ser matéria que não se insere nas atribuições e competências da ERS;
180. Não se pode deixar de questionar a razão pela qual não foram equacionadas outras alternativas, designadamente adoção de uma resposta do tipo *life saving*.
181. Ou seja, sendo o SU do CHLC-HSJ um SUP que, não só “*é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de*

²⁴ Cfr anexo 3 à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.

*proximidade à população da sua área*²⁵, como deve “*dar resposta específica na valência de neurocirurgia*”²⁶, e como ainda ao constituir-se como um centro de trauma, deve como tal “*assegurar a prestação de cuidados de saúde no âmbito de radiologia de intervenção*”²⁷;

182. E tendo classificado o utente, com base em critérios unicamente clínicos, como não transferível, não poderia ter deixado de dar uma resposta do tipo *life saving*;
183. Devendo ter assumido os cuidados de saúde necessários e adequados, independentemente da equipa especializada para a realização da clipagem do aneurisma não estar disponível durante o fim de semana;
184. Isto porque, a existência de equipas especiais ou especializadas para determinado tratamento/cirurgia não pode pôr em causa a obrigação geral que impende sobre qualquer prestador de cuidados de saúde, mormente um SUP, de tratar o utente “*pelos meios adequados, humanamente e com prontidão e correção técnica*”;
185. Até porque se o utente tivesse ido para outro hospital que dispusesse de um SUP, expectavelmente teria tido a intervenção de que necessitava, nem que fosse em situação de *life-saving*;
186. Conforme informação corroborada pelos esclarecimentos prestados quer pelo CHLN, quer pelo CHUC.
187. Efetivamente quer o CHLN referiu que tem uma equipa de urgência e/ou prevenção dedicada com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma, sendo as respetivas escalas elaboradas no âmbito da estrutura regional criada para o efeito e que assegura a assistência 24h/7 dias aos doentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo;
188. Quer o CHUC referiu que o seu Serviço de Neurocirurgia “[...] *tem respondido aos doentes com rotura de aneurismas cerebrais operando-os (sempre que exista indicação para tal) nas primeiras 24 horas após hemorragia, seja em “tempo da rotina” seja em “programa de cirurgia precoce dos aneurismas”*”;
189. E acrescentou que “*Isto aplica-se aos 7 dias da semana, mas, sem ser em casos excepcionais - em que a existência de hematoma intraparenquimatoso faça perigar no imediato a vida do doente - a cirurgia não é efectuada durante a madrugada, por se considerar que o risco de complicações relacionadas com uma cirurgia tão complexa, se*

²⁵ Cfr. n.º 1 do artigo 5º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

²⁶ Cfr. a alínea a) do n.º 3 do artigo 5º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

²⁷ Cfr. a alínea a) do n.º 3 do artigo 6º do mesmo despacho).

efectuada sem que estejam reunidas as melhores condições para a sua realização, ultrapassa o risco de re-hemorragia que é a complicação que importa eliminar com o tratamento precoce do aneurisma roto.” [...] – cfr. resposta do CHUC, em 29 de abril de 2016, junto aos autos.

190. Concluindo, a impossibilidade de constituição de uma equipa especializada para o tratamento de aneurismas rotos, por razões de índole organizacional e laboral, designadamente durante o fim de semana, teve como consequência imediata que o Hospital falhasse o seu dever de base;
191. Ou seja, irrelevantemente da existência de *guidelines* que prevejam janelas terapêuticas de 72 horas (que não cabe à ERS avaliar por ser questão clínica), o Hospital tem um dever de monitorização permanente (que se verificou ter ocorrido, considerando o internamento na unidade de Neurocríticos onde o utente foi vigiado e monitorizado), mas também um dever de intervir em situação de *life saving* (o que pode não ter ocorrido).
192. Contudo, a avaliação que esteve na base quer da decisão de não transferência, quer na decisão de não intervenção de *life saving*;
193. E bem assim da decisão de monitorização e estabilização até a primeira hora operatória que seria na segunda-feira seguinte, enquadrou-se, conforme esclarecimentos do prestador, numa decisão clínica.
194. Ora, não compete à ERS, conforme já expressamente referido *supra*, avaliar a bondade dos concretos cuidados de saúde prestados *in casu*, nem tão pouco avaliar da sua oportunidade e pertinência clínica face à *legis artis* determinadas;
195. Não sendo, por isso, possível a esta Entidade, ao abrigo das suas atribuições e competências, e sem recurso a tais avaliações clínicas que se encontram fora do seu âmbito de atuação, fundamentar a existência de uma efetiva violação de acesso no caso concreto em análise;
196. Ainda assim, não poderá a ERS deixar de encaminhar cópia dos presentes autos para Ordem dos Médicos, entidade à qual caberá aferir da existência ou não de fundamentação clínica para a decisão adotada no caso concreto.
197. Não obstante, a existência nos autos de indícios suficientes de que o utente não teve acesso aos cuidados de saúde de que necessitava, prontamente e em tempo útil, e considerando ainda as atribuições e competências da ERS, justifica-se a adoção de uma intervenção regulatória junto do prestador que garanta a não repetição futura de situações como as verificadas no caso concreto.

198. Por outro lado, e considerando que os utentes não devem ficar reféns de uma parte da rede de urgência que pode não estar a dar resposta;
199. Igualmente se justifica uma intervenção regulatória relativamente à ARS LVT, com intuito de esta dever garantir sempre, e em qualquer circunstância, que na sua área de influência, as SUP existentes tenham capacidade para dar resposta a todas as situações de urgência e emergência;
200. Bem como garantir, em matéria de transferência inter-hospitalar, que *“Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o 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”*²⁸.
201. Até porque, recorde-se, *“[...] 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”*.
202. Embora na sequência da situação ocorrida com o utente D., a ARSLVT tenha elaborado o documento Urgência Metropolitana de Lisboa – Modelo para doente Neurovascular – a qual estabeleceu, no que concerne ao aneurisma da circulação cerebral, determinou-se que os Centros Hospitalares de Lisboa Norte (CHLN), Lisboa Central (CHLC), Lisboa Ocidental (CHLO) e Hospital Garcia de Orta (HGO) *“[...] de modo colaborativo, garantirão assistência permanente, 24 horas sobre 24 horas, a todos os doentes com esta patologia”*;
203. Essa mesma ARS, terá que permanentemente assegurar que as SUP da sua área de influência cumprem a sua missão, incluindo a referenciação quando necessária;
204. Bem como deverá assegurar a monitorização dos resultados da adoção deste modelo no que se refere à garantia de um efetivo acesso dos utentes aos cuidados de que necessitam.
205. Conclui-se, assim, que no que respeita ao atendimento do utente D., não foram respeitados e acautelados pelo CHLC-HSJ os direitos do utente, em especial, o seu direito de acesso de universal e equitativo ao serviço público de saúde, bem como o seu direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade, uma vez que se verificou terem ocorrido falhas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados;

²⁸ Cfr. artigo 22.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

206. Não só porque o CHLC-HSJ não possuía capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgia em situação de rotura de aneurisma cerebral por falta de recursos humanos especializados, essenciais à sua realização, após ter sido diagnosticada a rotura do aneurisma;
207. Quer porque, considerando que o utente demonstrava já sinais de agravamento clínico;
208. Não procurou uma alternativa efetiva de acesso para o utente, seja através de convocação da equipa necessária para a realização da cirurgia;
209. Quer através de transferência do utente para outra unidade hospitalar.
210. Quer ainda adotando uma intervenção de tipo *life saving*.
211. Ora, considerando que esta situação apenas ocorreria “*aos fins-de-semana e feriados por indisponibilidade de alguns profissionais não médicos, face à alteração do regime remuneratório*”;
212. E que não é de todo admissível que cuidados de saúde com diagnóstico equivalente obtenham resposta distinta, motivada por variáveis não relacionadas com razões de ordem clínica;
213. Deve o CHLC-HSJ prevenir a ocorrência de situações idênticas, quando reunidas as condições similares às manifestadas pelo utente;
214. Devendo garantir que todos os seus profissionais adequam a sua conduta aos procedimentos em vigor naquela unidade de saúde, independentemente de quaisquer (eventuais) vicissitudes de organização e articulação dos profissionais.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

215. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E – Hospital de S. José e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P..
216. O Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E – Hospital de S. José e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo exerceram o seu direito de pronúncia relativamente ao projeto de deliberação em causa através dos ofícios que deram

entrada na ERS nos dias 24 e 25 de maio de 2016, respetivamente, cujo teor se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

IV. 1. Da pronúncia do Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. – Hospital de S. José

217. Relativamente à pronúncia do CHLC-HSJ, veio o mesmo aos autos referir o seguinte:

“[...]”

1 - Da apreciação geral do projeto de deliberação notificado, resulta evidente para o CHLC, EPE que o mesmo enferma de muitas imprecisões e erros, alguns deles graves, contribuindo assim para a formação de uma imagem muito desfocada da realidade factual, sendo mesmo possível verificar, por vezes, contradições no teor do projeto. Tais imprecisões e erros serão devidamente salientados no âmbito da presente resposta

2 - Relativamente ao que se refere no parágrafo final do número 12 do projeto, se é certo que, da primeira informação prestada pelo Diretor da Área de Neurociências ao Diretor Clínico do CHLC, em mensagem de correio electrónico datada de 21 de Dezembro de 2015 resulta textualmente que a cirurgia precoce teria evitado a evolução fatal que se veio a verificar, deve, contudo, esclarecer-se que o emprego de tal verbo não é rigoroso, pois o que se pretendia afirmar é que essa cirurgia poderia ter evitado.

3 - Trata-se de uma expressão ditada pela pressão das circunstâncias - feita no dia 21 de Dezembro, às 12:38, logo após a notícia ter sido veiculada -, de iniciativa própria do declarante no âmbito da comunicação interna da instituição hospitalar e não destinada a satisfazer qualquer diligência promovida no âmbito do presente inquérito, sendo manifesto que, face ao estado da arte, só por lapso uma tal afirmação poderia ter sido escrita pelo Diretor da Área de Neurociências, médico neurocirurgião com o grau de Chefe de Serviço e trinta e dois anos de experiência profissional na Área da Neurocirurgia no CHLC, EPE,

4 - De resto, na segunda informação prestada pelo Diretor da Área de Neurociências ao Diretor Clínico do CHLC, em mensagem de correio electrónico datada de 22 de Dezembro de 2015, 24 horas após, informação essa igualmente remetida à ERS no âmbito do presente inquérito, é dito: «No caso vertente, a única cirurgia de que o doente necessitava era a clipagem do aneurisma e seria este procedimento que evitaria a re-hemorragia, que se revelou fatal.»

5 - Pese embora, nesta segunda resposta, se não predique como provável a referida re-hemorragia, verdade é que, face ao estado da arte nunca a mesma poderia ser dada como a única possibilidade de desfecho.

6 - Donde, nada permite afirmar, com absoluta certeza, que a morte do doente ocorreu necessariamente em consequência da re-hemorragia.

7 - Não é igualmente possível atribuir de modo directo e necessário a morte do doente à ausência de cirurgia precoce, até porque, ainda que esta tivesse acontecido, o desfecho poderia ter sido fatal, como provam as taxas de mortalidade nestas circunstâncias - de cerca de 45% dos casos.

8 - No número 15 do texto do projeto, seguramente por lapso, manifesto em face do contexto, escreveu-se «tratáveis por embolização», quando, na verdade, se pretendia escrever «não tratáveis por embolização».

9 - Relativamente ao que no número 18 do texto do projeto se transcreve, importa sublinhar que a informação constante da resposta n.º 3 reflete uma situação que não se verificava à data dos factos que constituem o objeto do presente inquérito, mas que lhe é posterior.

10 - Aliás, se assim não fosse, haveria uma contradição do teor da resposta n.º 3 com o teor da resposta n.º 1, ambas transcritas no referido número 18.

11 - Relativamente ao número 41 do texto do projeto, deve, antes de mais, esclarecer-se que não havia, como não há, no CHLC, EPE, falta de recursos humanos especializados para tratamento cirúrgico de rotura de aneurisma cerebral.

12 - O que sucedeu foi que, por falta de recursos humanos e logísticos, aquele tratamento não era então possível no CHLC, EPE, aos fins-de-semana e feriados, mormente pela impossibilidade de constituição de uma escala de enfermagem, em regime de prevenção, que viabilizasse o funcionamento, aos fins-de-semana e feriados, do Bloco Operatório do Serviço de Neurocirurgia, único bloco onde, no CHLC, EPE, é possível a realização daquelas intervenções cirúrgicas.

13 - Por outro lado, deve dizer-se que a recomendação a que, nesse número, se faz referência assume necessariamente natureza genérica, só podendo ser seguida quando, em concreto, se verificarem todas as circunstâncias clínicas que suportem a sua observância, designadamente decorrentes da evidência científica.

14 - Ora, no caso concreto, o doente, dada a sua situação clínica, não podia nem devia ser transferido para outra unidade hospitalar, como resulta do respectivo processo clínico, citado no texto do projeto.

15 - Acresce que não existia na Área Metropolitana de Lisboa qualquer solução oficialmente organizada para assegurar, por transferência, o tratamento destes doentes, isso mesmo sendo patenteado, no que ao CHLN particularmente concerne, pelo teor da resposta n.º 2 transcrita no número 18, pois que sempre a equipa de convocação ad hoc a que aí se faz menção, seria de constituição voluntária e por isso incerta.

16 - Não se entende a invocação, no concreto caso dos autos, da natureza do SU do CHLC, EPE, como Centro de Trauma, bem como dos normativos que aí se referem, que é feita nos números 110 e 111 do projeto, uma vez que: 1) A situação clínica do doente não era uma situação de trauma; 2) Era uma situação que caía no âmbito da neurorradiologia de intervenção e não da radiologia de intervenção geral; 3) A título informativo acrescenta-se que a neurorradiologia de intervenção não tem participação regular em neurotraumatologia, sendo excepcionais os seus procedimentos neste tipo de patologia.

17 - É errado o que se afirma no ponto (viii) do número 149 do projeto, porquanto o diagnóstico de rotura de aneurisma cerebral não foi feito no HDS, mas tão somente no CHLC, EPE., e só este diagnóstico é que, no concreto caso dos autos, levaria a considerar a necessidade de intervenção do foro da neurorradiologia de intervenção.

18 - O HDS, e muito bem, considerou apenas a necessidade de intervenção, no caso, do foro neurocirúrgico.

19 - É errado o que se afirma no ponto (x) do número 149 do projeto, porquanto a pulseira laranja é atribuída a situações "muito urgentes" e não a situações "emergentes".

20 - Não é rigoroso o que se afirma no ponto (xv) do número 149 do projeto na medida em que a dilacção temporal verificável entre o momento do diagnóstico de aneurisma roto e a hora para a qual foi programada a cirurgia a que o doente seria sujeito é de cerca de 60 horas, e não de 65 horas, como aí se conclui.

21 - Relativamente ao afirmado no ponto (xx) do número 149 do projeto, reitera-se quanto se afirmou já nos números 2 a 7 da presente resposta.

22 - *Relativamente ao afirmado no ponto (xxiv) do número 149 do projeto, reitera-se quanto se afirmou já nos números 9 e 10 da presente resposta.*

23 - *É errado o que se afirma no número 150 do projeto na medida em que, como se disse já, o diagnóstico feito no HDS não permitia levar a considerar a necessidade de intervenção da neurorradiologia de intervenção ou da neurocirurgia vascular. Impunha somente a observação pela Neurocirurgia de Urgência para orientação da situação clínica.*

24 - *Como se disse já, o HDS, e muito bem, considerou apenas, naquele momento, a necessidade de intervenção pela Neurocirurgia.*

25 - *Relativamente ao número 167 do texto do projeto, deve, uma vez mais, frisar-se que sempre a equipa de convocação ad hoc a que aí se faz menção seria de constituição voluntária e, por isso, incerta, a isto acrescentando que a situação clínica do doente não permitia que o mesmo fosse transportado para outro hospital.*

26 - *Relativamente ao número 168 do texto do projeto, deve, uma vez mais, frisar-se que ai se faz referência a uma situação de facto que não se verificava à data dos factos que constituem o objeto do presente inquérito, mas que lhe é posterior, sendo por isso um erro grosseiro considerá-la em quanto se expende nos números 169 e seguintes do texto do projeto.*

27 - *Relativamente ao número 169 do texto do projeto, reitera-se quanto se afirmou já nos números 2 a, 7 da presente resposta.*

28 - *Não corresponde à realidade, mostrando-se sem qualquer sustentação, o que se afirma no número 170 do texto do projeto.*

29 - *Não corresponde à realidade, mostrando-se sem qualquer sustentação, mormente por parte do parecer técnico do perito médico da ERS, o que se afirma no número 171 do texto do projeto.*

30 - *Não corresponde à realidade, mostrando-se sem qualquer sustentação, mormente por parte do parecer técnico do perito médico da ERS, o que se afirma no número 172 do texto do projeto, cabendo aqui reiterar quanto se alegou já nos números 11 a 15 da presente resposta.*

31 - *É destituído de sentido o que se afirma no número 174 do texto do projeto, uma vez que tal afirmação pressupõe que o CHLC, EPE se deveria organizar ad hoc, de modo casuístico e aleatório, ao arrepio de padrões técnicos e científicos irrepreensíveis, a que está legalmente obrigado.*

32 - *Relativamente ao que se afirma nos números 179 a 184 do texto do projeto, deve, antes de mais, esclarecer-se que o procedimento para salvar a vida não constituía, no caso concreto, em clipar ou embolizar o aneurisma roto.*

33 - *Em todo o caso, não é possível confundir uma cirurgia precoce para abordagem de aneurisma roto com a adopção de qualquer resposta do tipo life saving, uma vez que aquela não deixa de ser, uma cirurgia programada ou de urgência diferida.*

34 - *Mas, ainda que fosse esse o caso, o que por hipótese de raciocínio se admite, mostrava-se, in casu, impossível, por motivos independentes da vontade do CHLC, EPE, a constituição, ao fins-de-semana e nos feriados, das várias equipas, altamente especializadas e diferenciadas, que viabilizariam a abertura do Bloco Operatório do seu Serviço de Neurocirurgia, único bloco onde, no CHLC, EPE, como se disse já, é possível a realização daquelas intervenções cirúrgicas.*

35 - *As complicações que, em abstracto, no caso vertente, poderiam levar a considerar a adopção de uma resposta do tipo life saving resumiam-se à hidrocefalia e ao hematoma intracerebral que causasse sofrimento do tronco cerebral.*

36 - *Ora, nenhuma destas complicações foi diagnosticada no concreto caso dos autos.*

37 - *Contrariando, por descabida no caso concreto, a invocação da natureza do SUP do CHLC, EPE como centro de trauma feita no número 180 do texto do projeto, vale quanto oportunamente se alegou já.*

38 - *É um erro grave, aliás clamoroso, o que se afirma no número 186 do texto do projeto, por quanto se afirmou já e aqui se rememora, isto é, a realidade factual plasmada nesse número 186 não se verificava nas datas em apreço nos autos, na mesma se não podendo estribar qualquer das conclusões enunciadas.*

39 - *Relativamente ao número 187 do texto do projeto, e tanto quanto é do conhecimento do CHLC, EPE, o CHUC não oferece como tratamento de aneurisma roto a valência de neurorradiologia de intervenção de forma regular.*

40 - *Relativamente ao que se afirma nos números 189 a 191 do texto do projeto, reitera-se o já alegado nos números 32 a 36 da presente resposta.*

41 - *Por uma questão de rigor, importa ainda especialmente restringir o que se afirma no número 189, porquanto a impossibilidade de constituição de uma equipa*

especializada para o tratamento de aneurismas rotos não se verificava especialmente aos fins-de-semana, mas somente nestes e nos feriados.

42 - Por quanto se alegou já, não se entende, e por isso não se aceita, o que se afirma nos números 207 a 209 do texto do projeto.

43 - Relativamente ao teor da alínea f) do número 214 do texto do projeto, o CHLC, EPE, afirma que de há muito possui os mecanismos que ali se preconizam, através da presença de dois neurocirurgiões escalados 24h/7dias da semana, situação que não se verifica em nenhum outro Serviço de Urgência da Grande Lisboa.” – cfr. pronúncia do CHLC-HSJ, datada de 23 de maio de 2016, junta aos autos.

IV.2. Da pronúncia da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P

218. Relativamente à pronúncia da ARSLVT veio a mesma referir o seguinte:

“[...] O projeto de deliberação efetua uma descrição dos fatos ocorridos relativos ao atendimento do doente D. no Hospital de S. José (HSJ), instituição integrada no Centro Hospitalar de Lisboa Central, (CHLC), na sequência de um atendimento realizado na Urgência do Hospital Distrital de Santarém, tendo o doente sido transferido para o CHLC, com um diagnóstico de hematoma intraparenquimatoso, com diagnóstico posterior, feito no HSJ, de rotura de aneurisma.

Não existindo, equipa de neurocirurgia vascular disponível para intervenção do aneurisma roto aos fins-de-semana no CHLC, o doente foi internado em cuidados intensivos, monitorizado e agendada a intervenção cirúrgica para o 1- tempo operatório do primeiro dia útil seguinte, com indicação de que "o doente não pode/deve ser transferido". O doente veio a falecer sem ter sido realizada a intervenção cirúrgica. Não foi estabelecido qualquer contacto, por parte das equipas do CHLC, com outras instituições.

A não existência de equipas de neurocirurgia, especializadas em intervenção vascular e de neurorradiologia de intervenção 24h/24h no CHLC, era já anteriormente conhecida e tinha já sido alvo de inquérito da ERS, tendo sido emitidas recomendações ao CHLC no sentido de assegurar que nas situações em que constatasse não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgia em situação de rotura de aneurisma cerebral por falta de recursos humanos especializados, essenciais à

sua realização, os utentes deveriam ser encaminhados para a unidade de saúde hospitalar que garantisse a prestação dos cuidados de saúde necessários.

Da análise da situação em concreto, salienta-se quanto às conclusões da ERS:

O Hospital Distrital de Santarém transferiu o doente para o CHLC, de acordo com as regras de referência em vigor, tendo o CHLC aceite a transferência do doente também corretamente, uma vez que existiam na urgência do HSJ equipas de neurocirurgia com capacidade para intervenção face ao diagnóstico então disponível.

A ERS não se pronuncia, por não se enquadrar nas suas atribuições e competências, sobre as decisões clínicas assumidas pelas equipas do CHLC, nomeadamente quer quanto à decisão de não transferência do doente para outra instituição quer quanto decisão de não intervenção de life saving, que remete para análise da Ordem dos Médicos.

Paralelamente, a ERS solicitou, em 25 de janeiro de 2016, ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), resposta a uma série de questões, entre as quais: (questão 1.) pedido de informação sobre a existência de equipas formais de urgência e/ou prevenção com capacidade para procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma, nessa unidade hospitalar no período de 11 a 13 de dezembro de 2015, bem como informação (questão 3.) sobre se o CHLN tem 24h/7 dias uma equipa de urgência ou prevenção dedicada, com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma.

O CHLN na sua resposta de 8 de fevereiro de 2016, informa que nas datas de 11 a 13 de dezembro de 2015 não existia uma equipa formal para tratamento de doentes com rutura de aneurisma da circulação cerebral, mas existia um modelo de convocação de uma equipa ad hoc.

Relativamente à questão 3, o CHLN informa que "...tem equipa de urgência e/ou prevenção dedicada com capacidade para receber doentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia especificamente clipagem de aneurisma, sendo as respetivas escalas elaboradas no âmbito da estrutura regional criada para o efeito e assegurada a assistência 24h/7 dias aos doentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo."

Quanto à existência de outras instituições na região com capacidade para intervir na situação em apreço, importa clarificar junto da ERS, que a existência no CHLN duma equipa dedicada no âmbito da estrutura regional criada para o efeito, apenas

surge no âmbito da Urgência Metropolitana de Lisboa-Modelo para o doente neurovascular.

Essa estrutura regional, que inclui o CHLN, o CHLC, o CHLO e o HGO, foi formalizada através de protocolo que entrou em vigor a partir de 1 de fevereiro, tendo sido implementado no mês de janeiro de 2016, um modelo transitório, envolvendo as mesmas instituições, (pontos 149. (xxiv), 168., 186.).

Relativamente às instruções à ARSLVT:

A ARSLVT está a proceder à avaliação da atividade realizada no âmbito da UML-Modelo para o doente neurovascular, no período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de março, que corresponde ao primeiro trimestre de implementação do modelo, encontrando-se o relatório elaborado e em fase de envio ao Gabinete do SEAS e Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares.

A ARSLVT monitoriza a atividade desenvolvida nas urgências e especificamente no âmbito da Urgência Metropolitana de Lisboa, elabora periodicamente relatórios, que são públicos e que podem ser consultados no sítio da instituição (<http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/588>

A ARSLVT tem vindo, no âmbito da UML, a articular com as instituições a definição de critérios de referenciação para as especialidades, bem como a definição de procedimentos para a transferência de doentes de que é exemplo o documento que se anexa (doc "Procedimentos e boas práticas na transferência inter-hospitalar de doentes nos Hospitais da ARSLVT").

A ARSLVT reúne periodicamente com os responsáveis das instituições no sentido de aperfeiçoar o modelo de funcionamento das Urgências, procurando adequar a resposta às necessidades da população.

Com esse objetivo, vai ser criado pela ARSLVT o Conselho Coordenador para o Acompanhamento dos Serviços de Urgência da AML que conta, para além do Conselho Diretivo da ARS, com a participação dos Presidentes e Diretores Clínicos das instituições hospitalares da Região com Serviço de Urgência, que tem como objeto, entre outros:

- Apresentar propostas e acompanhar genericamente os Serviços de Urgência da Área Metropolitana de Lisboa;*
- Avaliar o modelo de funcionamento do sistema das urgências/emergências, de forma a dar uma resposta efetiva às necessidades dos utentes;*

- *Propor alterações que promovam uma orientação eficiente dos recursos às necessidades;*
- *Propor um melhor planeamento dos recursos humanos hospitalares;*
- *Coordenar a elaboração de Planos de Contingência;*
- *Dinamizar e propor a criação de unidades partilhadas de recursos, nomeadamente no âmbito de Planos de Contingência.” – cfr. pronúncia da ARSLVT, datada de 19 de maio de 2016, junta aos autos.*

IV.3. Análise dos argumentos aduzidos nas pronúncias do Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. – Hospital de S. José e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P

219. Face às pronúncias quer do Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. – Hospital de S. José, quer da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P, cumpre assim analisar os elementos invocados nas mesmas aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação delineada.
220. Faz-se, desde já, notar que todos os argumentos apresentados nas pronúncias foram devidamente considerados e ponderados pela ERS;
221. Ainda que dos mesmos não tenha resultado uma alteração no sentido da decisão que a ERS ora entende emitir.
222. Isto porque os argumentos aduzidos não põem em causa o quadro factual e legal apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;
223. Embora levantem questões que justificam uma análise ponderada que de seguida se apresenta.
224. Contudo, considera-se necessária a intervenção regulatória, tendo em vista, desde logo, a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações decorrentes das regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de acesso aos cuidados de saúde urgente e/ou emergentes e em especial a realização de cirurgia do doente neurovascular;
225. 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 se coadunam com o conteúdo da referida intervenção.
226. Mas detenhamo-nos, primeiro, nos argumentos apresentados pelo CHLC-HSJ.

227. Quanto ao referido nos pontos 2 a 7 da pronúncia, e no que toca à declaração do Diretor da Área de Neurociências do CHLC-HSJ, remetido ao Diretor Clínico do CHLC-HSJ, por correio eletrónico em 21 de dezembro de 2015, refira-se que no projeto de deliberação regularmente notificado foi feita uma constatação literal do ali referido, e que em momento algum a ERS se pronunciou sobre a questão clínica daí subjacente, por a mesma não ser da competência desta Entidade.
228. Importando acrescentar que, a referida troca de mensagens de correio eletrónico, conforme documentos juntos pelo prestador aos autos, se iniciou com a referida mensagem de correio eletrónico do dia 21 de dezembro de 2015 – dia anterior ao conhecimento pela ERS dos factos ocorridos (conforme notícias de 22 de dezembro de 2015, cujas cópias estão juntas aos autos) – a qual tinha com assunto “*Óbito de doente com HSA/rotura aneurismática; inviabilidade de cirurgia precoce*” e na qual para além daquela referência, se constatarem outras afirmações, como seja a de que “*Tratava-se, na verdade, de caso com formal indicação operatória para cirurgia precoce para clipagem do aneurisma que não foi possível realizar por ausência de escala de fim-de-semana da equipa cirúrgica, questão já tratada há meses e que deu origem a uma proposta de solução (o mesmo se passou com a Neurrorradiologia) que não teve sequência.*” – cfr. cópia da mensagem de correio eletrónico, datado de 21 de dezembro, junto aos autos como Anexo 3, à resposta do prestador, datada de 4 de janeiro de 2016.
229. Relativamente ao ponto 8 da pronúncia do CHLC-HSJ, tratou-se efetivamente de um lapso de escrita o qual foi objeto da devida correção *supra*.
230. Já relativamente aos pontos 9, 10, 15, 22, 26 e 38 da pronúncia do CHLC-HSJ, no que se refere ao alegado pelo CHLN, em resposta ao pedido de informação da ERS, datada de 8 de fevereiro de 2016, e junta aos autos, de que “[...] 3. O CHLN tem equipa de urgência e/ou prevenção dedicada com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma, sendo as respectivas escalas elaboradas no âmbito da estrutura regional criada para o efeito e que assegura a assistência 24h/7 dias aos doentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo.”;
231. E nos quais o prestador alega que tal informação “[...] *reflete uma situação que não se verificava à data dos factos que constituem o objeto do presente inquérito, mas que lhe é posterior*”;
232. Importa, desde logo recordar, o que fundamentou o pedido de informação da ERS ao CHLN.

233. Conforme referido no parágrafo 19. da presente deliberação, considerando que havia sido referido pelo CHLC-HSJ, na resposta remetida à ERS, que “[...] *é do nosso conhecimento através de contactos directos a inexistência de resposta nos restantes hospitais públicos da área de Lisboa*”, foi solicitado ao CHLN, em 25 de janeiro de 2016, já no âmbito do processo de inquérito ERS/074/2015, esclarecimentos relativos a tal situação;
234. Para além dessa informação constante do parágrafo 230. da presente deliberação, que se realça agora face informação prestada pelo CHLC-HSJ e pela ARSLVT, nas pronúncias apresentadas, de que apenas corresponde à realidade após a formalização do protocolo “*no âmbito da Urgência Metropolitana de Lisboa – Modelo do doentes neurovascular*”, que entrou em vigor em 1 de fevereiro de 2016;
235. Não se pode olvidar que o objetivo essencial do pedido de informação da ERS ao CHLN era saber “*se nos dias 11 a 13 de dezembro de 2015, se encontrava de serviço uma equipa de urgência e/ou prevenção, com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma; em caso afirmativo remetam cópia da escala de urgência/prevenção com indicação dos profissionais de saúde presentes (médicos, enfermeiros e técnicos)*”;
236. Bem como “[...] *se em alguma ocasião comunicaram ao INEM e/ou a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT), uma eventual falta de capacidade para o acesso de utentes com rotura de aneurisma e respetiva cirurgia, que constitua conhecimento por parte dessas entidades da impossibilidade de encaminhamento/referenciação de utentes, com envio de cópia respetiva de todas as comunicações trocadas (enviadas e recebidas)*”;
237. Sendo que o CHLN na sua resposta veio, quanto a essas questões, referir que:
- “1. No CHLN não existia, nas datas referidas (11-13 de Dezembro de 2015) uma equipa formal para tratamento de doentes com ruptura de aneurisma da circulação cerebral.*
- Para tratamento destas situações existia à data no CHLN um modelo para realização destas intervenções aos feriados e fins-de-semana, sob a forma de "Cirurgia Adicional", baseada na convocação de uma equipa ad hoc de neurocirurgiões, anestesiológicas, enfermeiras e assistente operacional, accionada perante as situações concretas.*
- 2. Tanto quanto é do nosso conhecimento, o CHLN não terá feito qualquer comunicação formal de eventual falta de capacidade para o acesso de utentes com rotura de aneurisma e respectiva cirurgia.*

[...]

5. *Não houve, no melhor do nosso conhecimento, qualquer contacto entre o Hospital de S. José e o CHLN para eventual transferência de utentes, nomeadamente o utente D., nos dias 11 a 13 de Dezembro de 2015. [...]* – cfr. resposta do CHLN, datada de 8 de fevereiro de 2016, e junta aos autos.

238. Ou seja, o CHLN veio referir que, à data dos factos, 11 a 13 de dezembro de 2015, nas situações de doentes com rotura de aneurisma, convocaria uma equipa *ad hoc*, sob forma de “cirurgia adicional”, capaz de proceder à cirurgia necessária.

239. Situação diferente ocorreu, depois de terem sido conhecidos os factos, em que foi criado um novo modelo organizacional da “*Urgência Metropolitana de Lisboa - (UML) para o doente neurovascular*”, que entrou em vigor em 1 de fevereiro de 2016, situação que aliás, e reitera-se, já se encontrava descrita nos pontos 139 a 144 do projeto de deliberação notificado.

240. Pelo que as duas situações não se podem, nem devem, confundir.

241. Pelo que por uma questão de maior clareza e certeza se procedeu à substituição, no parágrafo 150 (xxiv) da presente deliberação, da referência pelo CHLN de que “[...] *tem equipa de urgência e/ou prevenção dedicada com capacidade para receber utentes com rotura de aneurisma e procederem a cirurgia, especificamente clipagem de aneurisma, sendo as respectivas escalas elaboradas no âmbito da estrutura regional criada para o efeito e que assegura a assistência 24h/7 dias aos doentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo*”;

242. Pela referência igualmente feita pelo CHLN de que “*nas datas referidas (11 a 13 de dezembro de 2015) existia no CHLN um modelo para realização desta intervenção aos feriados e fins de semana sob a forma de “cirurgia adicional”, baseada na convocação de uma equipa ad hoc*”.

243. No que toca aos pontos 11 a 15 da pronúncia do CHLC-HSJ, e no que respeita ao alegado pelo prestador de que não tem falta de recursos humanos especializados para tratamento cirúrgico de rotura de aneurisma cerebral, refira-se que a capacidade instalada de um determinado hospital se afere pela existência de recursos humanos e/ou outros recursos aptos a assegurar de forma permanente e efetiva o acesso aos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, em tempo útil.

244. Assim, considerando que “*por falta de recursos humanos e logísticos, aquele tratamento não era então possível no CHLC, EPE, aos fins-de-semana e feriados,*

mormente pela impossibilidade de constituição de uma escala de enfermagem, em regime de prevenção, que viabilizasse o funcionamento, aos fins-de-semana e feriados, do Bloco Operatório do Serviço de Neurocirurgia,” o CHLC não se encontrava apto a resolver a situação concreta do utente D.

245. Mas relativamente a esta questão importa rememorar, conforme referido nos parágrafos 39. a 42. da presente deliberação, que na sequência das diligências encetadas pela ERS, em sede do anterior processo de inquérito que correu termos na ERS, registado sob o número ERS/004/2015, considerou-se que, face à informação prestada pelo CHLC-HSJ, designadamente que:

- “Existem situações não relacionadas com o tratamento direto e definitivo do aneurisma, mas que derivam da sua rotura, que configuram risco imediato de vida e que são resolvidas pelas equipas de Neurocirurgia de urgência”;

- “A Via Verde de AVC funciona em pleno e ininterruptamente no Hospital de S. José” e “que depois de realizados exames complementares de diagnóstico por Neurorradiologistas, é feita abordagem integrada na Unidade de AVC (UCV) por uma equipa multidisciplinar de médicos especialistas de Neurologia, Medicina Interna, Neurocirurgia e Medicina Intensiva, sempre que justificado”;

- E ainda que “no que se refere ao AVC Hemorrágico é feita a avaliação diagnóstica em contexto de VVAVC, seguindo-se terapêutica médica e/ou cirúrgica pelos Neurocirurgiões de serviço na Urgência e pelos Intensivistas de presença física no Hospital de São José 24 horas /dia, 7 dias /semana”;

246. O acesso dos utentes com diagnóstico de aneurisma roto encontrava-se acautelado, não só pela existência da Via Verde AVC, bem como pela garantia do prestador de que haveria sempre e em qualquer circunstância uma atuação em situação de *life saving*.

247. Não obstante, e considerando que o CHLC confirmava não possuir capacidade para a realização de cirurgias em situação de rotura de aneurisma cerebral, ao fim de semana, por não possuir escalas de prevenção que garantissem a realização das mesmas;

248. O Conselho de Administração da ERS deliberou, em sede do referido processo de inquérito, no dia 1 de julho de 2015, emitir uma recomendação ao CHLC-HSJ, no sentido de nas situações em que constatasse não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgia em situação de rotura de aneurisma cerebral por falta de recursos humanos especializados, essenciais à sua realização, os utentes deveriam ser encaminhados para unidade

hospitalar que garantisse a prestação dos cuidados de saúde necessários, respeitando as regras estabelecidas no documento “*Redes de Referência Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC*” (2006), quer no Despacho n.º 2713/2015, de 4 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

249. Não se podendo igualmente aceitar o argumento do CHLC-HSJ de que tal recomendação tenha “[...] *natureza genérica, só podendo ser seguida quando, em concreto, se verificarem todas as circunstâncias clínicas que suportem a sua observância, designadamente decorrentes de evidência científica*”;
250. Uma vez que o objetivo de tal recomendação não era o de determinar o comportamento concreto a adotar, em cada situação concreta, mas apenas garantir, como ora resulta da instrução a emitir ao CHLC-HSJ, que situações como as ocorridas no caso em análise nos presentes autos, se repetissem no futuro;
251. Até porque em tal processo o CHLC-HSJ havia afirmado que o acesso dos utentes com diagnóstico de aneurisma roto encontrava-se acautelado, não só pela existência da Via Verde AVC, bem como pela garantia do prestador de que haveria sempre e em qualquer circunstância uma atuação em situação de *life saving*.
252. No que se refere ao ponto da 16 da pronúncia do CHLC-HSJ, importa referir que a invocação da natureza do SU como Centro de Trauma, embora não se olvide que a situação em causa não era uma situação de trauma, foi utilizada para demonstrar como o CHLC-HSJ, enquanto unidade hospitalar com um SUP, constituindo ademais, um Centro de Trauma, tem de estar permanentemente apta a receber qualquer emergência dentro das valências legalmente exigíveis.
253. Recorde-se que o n.º 1 do artigo 5º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, refere que o SUP, onde se integra o SU do CHLC-HSJ, “*é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área*”;
254. 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*”.
255. Refira-se ainda, que relativamente ao CHLC-HSJ, o seu SU consta da Rede como um Centro de Trauma, e como tal, refere a alínea a) do n.º 3 do artigo 6º do mesmo despacho que “*devem assegurar a prestação de cuidados de saúde no âmbito de radiologia de intervenção*”;

256. E por isso, o CHLC- HSJ, enquanto unidade hospitalar com um SUP, ademais classificado como Centro de Trauma, tem de estar permanentemente apto a receber qualquer emergência dentro das valências legalmente exigíveis.
257. E não se pode igualmente olvidar, que nos termos desse mesmo Despacho, mais concretamente o ponto ii) da alínea g) do n.º 3 do artigo 22.º, se encontra estabelecido que em caso de transferência inter-hospitalar, *in casu* de um SUMC para um SUP, “*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*”.
258. O que se verificou não ter ocorrido no caso concreto, daí resultando mais uma razão para a necessidade da presente intervenção regulatória da ERS.
259. Nesse mesmo sentido não se podem aceitar as alegações feitas nos pontos 28 a 30 da pronúncia do prestador, e que remetem para os parágrafos 171 a 173 da presente deliberação;
260. Nem tampouco aquelas referidas nos pontos 31 a 43 da pronúncia do prestador;
261. As quais ademais não se encontram fundamentadas em quaisquer factos novos, nem sequer suportadas em quaisquer elementos de prova, seja documental ou outra, apresentados na sua pronúncia;
262. Como fundamento para qualquer alteração no sentido da deliberação que ora pretende emitir;
263. Razão pela qual importa reiterar o já *supra* referido nos parágrafos 171 e seguintes da presente deliberação;
264. Ou seja, da análise de todos os factos constantes dos autos, resulta que a conduta do CHLC-HSJ, relativa à situação concreta ora analisada, não se revelou suficiente à cautela dos direitos e interesses legítimos do utente;
265. Na medida em que o prestador não acautelou o devido acompanhamento do utente, de modo a que este fosse tratado com correção técnica e em tempo útil.
266. Revelando, ademais, a situação uma censura acrescida pelo facto de, como já repetido, ter sido recomendado pela ERS, em julho de 2015, ao CHLC-HSJ que nas situações em que constatasse não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgia em situação de rotura de

aneurisma cerebral por falta de recursos humanos especializados, essenciais à sua realização, que os utentes deveriam ser encaminhados para unidade hospitalar que garantisse a prestação dos cuidados de saúde necessários.

267. Ora, no momento em que foi realizado o diagnóstico ao utente em causa nos presentes autos, o CHLC-HSJ não só não procedeu à transferência do utente, a qual não se revelaria possível de concretizar, conforme informação constante do processo clínico do utente;

268. Como não fez qualquer tentativa de reunir uma equipa para a realização da cirurgia que o utente necessitava;

269. Nem mesmo quando a situação do utente começou a deteriorar-se;

270. Conduta essa que se revelou manifestamente inadequada à situação clínica do utente;

271. E que consubstancia uma efetiva e grave violação do direito do utente de acesso em tempo útil aos cuidados de saúde de que necessitava;

272. Não se podendo, como já várias vezes referido, emitir qualquer juízo relativamente à decisão clínica de não ser possível a transferência do utente, por ser matéria que não se insere nas atribuições e competências da ERS.

273. Mas continuemos a analisar as demais alegações apresentadas pelo CHLC-HSJ, na sua pronúncia.

274. Quanto ao alegado nos pontos 17 e 18 da pronúncia do CHLC-HSJ, importa esclarecer que a ERS considera ao longo de todo o projeto de deliberação que o diagnóstico de aneurisma, apenas foi realizado no CHLC- HSJ, após a realização de AngioTAC, por neurorradiologia.

275. Refira-se aliás que tal resulta desde logo da resposta do HDS, a pedido de informação da ERS, datada de 2 de fevereiro de 2016, e junta aos autos, e na qual era referido que “[...] 2 - *Os recursos médicos, técnicos e tecnológicos de que o Hospital de Santarém dispõe, permitiram identificar um extenso AVC hemorrágico e disso deu conta ao Hospital de S. José, que recebeu o doente.*”;

276. Bem como do parecer do perito técnico da ERS, que referiu que:

“[...] *O diagnóstico de transferência do HDS para o HSJ é de hemorragia cerebral. Só após angioTAC é que o diagnóstico de aneurisma é feito.* [...]” – cfr. Parecer técnico elaborado por perito médico da ERS, de 19 de abril de 2016, junto aos autos.

Ainda assim, considerou-se que se devia corrigir o constante nos parágrafos 149 (viii) e 150 do projeto de deliberação regularmente notificado, em que é referido “*necessidade de intervenção do foro de neurorradiologia de intervenção*”, para “*necessidade de intervenção do foro de neurocirurgia e radiologia de intervenção*”, por forma a não restarem dúvidas de que a transferência do HDS para o CHLC-HSJ, cumpriu com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto e as redes de referênciação então em vigor, embora nunca tenha sido afirmado pela ERS, como resulta do vindo de expor, bem como de todo o teor da presente deliberação, que o diagnóstico de aneurisma roto tenha sido feito no HDS, ou que o utente tenha sido reencaminhado do HDS para o CHLC-HSJ, para intervenção imediata pela subespecialidade de radiologia de intervenção;

277. Mas que este seria sempre de acordo com tal Despacho e redes de referênciação aplicáveis, o SUP de referência quer para neurocirurgia, quer para a realização do Angio-TAC, quer ainda para intervenção se necessária em sede de radiologia de intervenção.

278. Quanto ao ponto 19 da pronúncia do CHLC-HSJ, refira-se que a referência feita no episódio de urgência é a seguinte: “*Prioridade: laranja; Encaminhamento: Espera: Emergência, Neurocirurgia*”; pelo que apesar de o utente D. ter sido triado com pulseira laranja, que corresponde ao nível de prioridade muito urgente, de acordo com a Triagem de Manchester, a sua situação foi considerada como Emergente.

279. Quanto à imprecisão do ponto (xv) do número 149, referida no ponto 20 da pronúncia do CHLC-HSJ, importa esclarecer que a referência às 65 horas, foi feita com base nas declarações do Diretor da Área das Neurociências, na carta remetida ao Diretor Clínico do CHLC-HSJ, datada de 30 de dezembro de 2015, junta aos autos pelo prestador como Anexo 1 à sua resposta, de 4 de janeiro de 2016, e na qual é referido que “*b) O utente D. entrou no S.U. pelas 19,12 horas de 11/12/2015 e seria operado às 08 horas de 14/12/2015, ou seja, 65 horas após, sendo que internacionalmente é aceite como limite para esta cirurgia o decurso de um período de 72 horas.*”.

280. Por último, quanto ao alegado no ponto 41 da pronúncia do CHLC-HSJ, que remete para o parágrafo 189 do projeto de deliberação regularmente notificado, em que se refere

“*189. Concluindo, a impossibilidade de constituição de uma equipa especializada para o tratamento de aneurismas rotos, por razões de índole organizacional e laboral, em especial durante o fim de semana, teve como consequência imediata que o Hospital falhasse o seu dever de base*”;

281. O que se pretendia referir era que tal impossibilidade ocorreria pelo menos aos fins-de-semana (já que o caso analisado se reportava a tal situação);
282. Mas por uma questão de maior clareza procedeu-se à substituição, no atual parágrafo 190 da presente deliberação, da expressão “*em especial*”, por “*designadamente*”.
283. Já relativamente à pronúncia da ARSLVT, cumpre dizer que os argumentos aduzidos não põem em causa o quadro factual e legal apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação.
284. Quanto à questão apresentada na sua pronúncia de que a existência de uma equipa dedicada no CHLN, com capacidade para intervir na situação em apreço, apenas surge no âmbito da Urgência Metropolitana de Lisboa – Modelo do Doente Neurovascular, que entrou em vigor a partir de 1 de fevereiro de 2016, a mesma já foi objeto de análise *supra* relativamente à pronúncia apresentada pelo CHLC-HSJ.
285. Importa, igualmente, notar que a ARSLVT demonstrou, na sua pronúncia, a sua intenção de coadunar o seu comportamento, quer com as normas em vigor, quer com a instrução contante do projeto de deliberação regularmente notificado;
286. Tendo inclusive apresentado um conjunto de medidas já em execução que são demonstrativas da intenção de adequação do seu comportamento, ao projeto de deliberação da ERS;
287. Considera-se, contudo, necessária a manutenção da intervenção regulatória projetada, tendo em vista, desde logo, a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações legais em causa, bem como, a adequação integral e permanente do comportamento da ARSLVT, para que no futuro se possa aferir se as diligências levadas a cabo se coadunam com o conteúdo da referida intervenção.
288. Em face do exposto, verifica-se a necessidade de manutenção dos termos da instrução, tal como projetada e notificada, quer relativamente ao CHLC-HSJ, de forma a garantir que situações idênticas à verificada nos presentes autos, não se venham a repetir no futuro, quer relativamente à ARSLVT no que respeita às medidas a implementar no que respeita a situações de urgência/emergência em geral, bem como no que respeita em especial ao doente neurovascular.

V. DECISÃO

289. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 24.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19º

dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução à entidade Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. nos seguintes termos:

a) O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. deve implementar, atualizar e/ou introduzir as alterações tidas por adequadas nos procedimentos atinentes ao serviço de urgência (no que refere quer à área das neurociências, quer a qualquer outra) por forma a garantir, a todo o momento, que aqueles são aptos a assegurar de forma permanente e efetiva o acesso aos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, e em tempo útil, independentemente de se tratar de prestação de cuidados de saúde no decorrer do normal funcionamento do serviço, como, em especial, no decurso de fins de semana e feriados;

b) O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. deve implementar, atualizar e/ou introduzir as alterações tidas por adequadas nos procedimentos de organização e funcionamento em conformidade com o prescrito com as regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes e/ou emergentes, em geral, e em especial, no que toca a realização de cirurgia emergente/urgente no doente Neurovascular;

c) O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. deve garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que tais regras e procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais de saúde envolvidos;

d) O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. deve instituir um procedimento apto a poder informar, de forma imediata, a ARSLVT, o INEM e os restantes estabelecimentos da Rede de Serviços de Urgência das áreas contíguas, toda e qualquer situação de quebra de capacidade para a resolução de situações urgente e emergentes, em especial no que toca ao serviço de neurologia, neurocirurgia e/ou neurorradiologia, tendente à criação de situações de dificuldades acrescidas ou anormais na prestação de cuidados hospitalares urgentes e/ou emergentes, por forma a permitir a adoção atempada de medidas adequadas, incluindo o redireccionamento de utentes, para fazer face a uma tal quebra de continuidade de prestação de cuidados de saúde;

e) O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., enquanto estabelecimento hospitalar que possui um serviço de urgência, classificado como Serviço de Urgência Polivalente, nas situações em que constata não possuir capacidade para

a prestação de cuidados de saúde, designada mas não limitadamente, para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgia em situação de rotura de aneurisma cerebral, por falta de recursos humanos especializados, essenciais à sua realização, deve assegurar que os utentes sejam encaminhados para unidade hospitalar que garanta a prestação dos cuidados de saúde necessários;

f) O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., nas situações elencadas na alínea anterior, mas em que se verifique a impossibilidade, clinicamente fundamentada, de proceder à transferência ou encaminhamento de utentes, deve possuir mecanismos que permitam garantir a prestação de cuidados de saúde em situação de *life saving*;

g) O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. deve 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.

290. Mais delibera o Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 24.º e nas alíneas a) e b) do artigo 19º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. nos seguintes termos:

a) A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. deve proceder à avaliação do estágio de implementação das regras e procedimentos vigentes e aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes ao doente, em geral e no que toca à Urgência Metropolitana de Lisboa – Modelo para doente Neurovascular, em particular;

b) A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. deve proceder à definição, clarificação e aplicação das regras, procedimentos e protocolos vigentes em matéria de cuidados hospitalares urgentes, junto dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde da sua área de jurisdição, garantindo que os mesmos sejam aptos a cumprir de forma efetiva o cumprimento do princípio da autossuficiência regional e do direito de acesso aos cuidados de saúde necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes, em tempo útil;

c) A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. deve garantir sempre, e em qualquer circunstância, que na sua área de influência, os serviços

de urgência polivalente existentes tenham capacidade para dar resposta a todas as situações de urgência e emergência;

d) A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. deve garantir que quando seja impossível ao serviço de urgência adequado mais próximo receber o doente, são igualmente adotadas por esse serviço de urgência as medidas necessárias para garantir o acesso dos utentes, seja através de um reforço da sua capacidade, seja em matéria de transferência inter-hospitalar e auxiliando tal serviço de urgência a encontrar uma alternativa efetiva e em tempo útil.

e) A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., considerando o modelo recentemente adotado, através da aprovação do documento Urgência Metropolitana de Lisboa – Modelo para doente Neurovascular, deverá permanentemente assegurar que os Serviços de Urgência Polivalente da sua área de influência cumprem a sua missão, incluindo a referenciação quando necessária, bem como deverá permanentemente assegurar a monitorização dos resultados da adoção deste modelo no que se refere à garantia de um efetivo acesso dos utentes aos cuidados de que necessitam;

f) A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. deve proceder à divulgação e permanente atualização, junto dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde da sua área de jurisdição, dos procedimentos definidos no âmbito do cumprimento da anterior alínea, em conformidade com a posição definida para cada prestador na rede de referenciação hospitalar em causa;

g) A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. deve 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.

291. Igualmente, delibera Conselho de Administração da ERS, remeter cópia dos presentes autos à Ordem dos Médicos, enquanto Instituição à qual caberá aferir da existência ou não de fundamentação clínica para as decisões adotadas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E no caso concreto em análise, solicitando-se que logo que possível seja dado conhecimento à ERS das conclusões que venham a ser apuradas.

292. Mais delibera o 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, proceder à abertura de um processo de monitorização da atuação futura do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., para garantia que a mesma se coaduna com a garantia do direito de acesso e dos demais direitos e interesses legítimos dos utentes.

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

294. O Conselho de Administração da ERS delibera igualmente dar conhecimento da presente deliberação ao Ministério da Saúde e à Inspeção Geral das Atividades em Saúde.

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

Porto, 6 de junho de 2016.

O Conselho de Administração.