

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos seus Estatutos, 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 seus Estatutos, 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 seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/004/2015;

## **I. DO PROCESSO**

### **I.1 Da origem do processo**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, através das notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, em 26 de janeiro de 2015, da existência de utentes que alegadamente entram no Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. (CHLC) - Hospital de São José, estabelecimento registado no SRER da ERS sob o n.º 113567, a partir das 16:00 de sexta-feira, com rutura de aneurisma cerebral, e têm de esperar até segunda-feira para serem tratados;
2. Mais resulta das referidas notícias que “[...] desde meados do ano passado que as equipas de prevenção de neurroradiologia e de intervenção neurocirúrgica deixaram de fazer prevenção ao fim de semana, depois da redução de pagamento das horas extraordinárias [...]”;

3. Enquanto averiguações preliminares para verificação do conteúdo dos factos acima descritos, realizou-se um pedido de informação ao CHLC;
4. Resultou da resposta do CHLC, em suma, a confirmação da “[...] *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*” – cfr. ofício de resposta do prestador de 26 de janeiro de 2015, junto aos autos;
5. A exposição foi inicialmente tratada no âmbito do processo de avaliação n.º AV/15/2015, sendo que, após análise e averiguações preliminares, o Conselho de Administração da ERS, por despacho de 6 de fevereiro de 2015, ordenou a abertura de processo de inquérito registado sob o n.º ERS/004/2015.

## **I.2. Diligências instrutórias**

6. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em,
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao registo do CHLC, entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 19062, do qual faz parte o Hospital de São José estabelecimento prestador de cuidados de saúde, registado no SRER da ERS sob o n.º 113567 e instalações na Rua José António Serrano, 1150-199 Lisboa;
  - (ii) Pedidos de elementos enviados ao Hospital de São José, em 5 de março de 2015 e a respetiva resposta;
  - (iii) Parecer técnico de apreciação clínica elaborado por consultor da ERS, em 23 de abril de 2015.

## **II. DOS FACTOS**

7. De acordo com as notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, em 26 de janeiro de 2015, nas quais era relatada a existência de utentes que alegadamente entram no CHLC - Hospital de São José, a partir das 16:00 de sexta-feira com rutura de aneurisma cerebral, e têm de esperar até segunda-feira para serem tratados;

8. E 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 [...]”;
9. 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 [...]”;
10. E ao que acresce que “Apesar de Hospital de Santa Maria ter intervenção ao fim de semana, os doentes não estão a ser encaminhados [...]”;
11. Em 26 de janeiro de 2015, foi constatada a necessidade de enquadrar a factualidade noticiada, tendo sido solicitado ao prestador que se pronunciasse, de forma fundamentada, e acompanhada dos elementos documentais disponíveis, sobre o conteúdo das notícias, procedendo ao envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço;
12. Em resposta ao pedido de informação da ERS, no mesmo dia, 26 de janeiro de 2015, veio o CHLC referir que confirma 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” – cfr. ofício de resposta do prestador, junto aos autos;
13. Mais alega ter preparado uma proposta para enviar à tutela 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”;
14. 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.”;
15. 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 [...]”;

16. Acrescentou 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.*”;
17. Ora, na sequência da análise de todos os preditos elementos, designadamente da resposta do CHLC ao pedido de informação da ERS *supra*, julgou-se adequado solicitar ao mesmo prestador, em 5 de março de 2015, os seguintes elementos adicionais:

“[...]”

1) *Cópia de todas as comunicações trocadas (isto é, enviadas e recebidas) com todas as entidades interessadas, designadamente, indicação sobre se a Administração Regional de Saúde do Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) e o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM) foram informados de que o Hospital de São José suspendeu a “[...] prevenção aos fins-de-semana da Neurocirurgia-Vascular desde Abril de 2014 e da Neurorradiologia de Intervenção desde 2013”;*

2) *Confrontando com o alegado por V. Exas., na resposta ao ofício n.º O.AV/015/2014\_1.sm, onde é referido 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”:*

- (i) *Indicação do ponto de situação atual, no que respeita à (in)existência de profissionais em regime de prevenção, acompanhada do esclarecimento sobre se essa situação foi comunicada às entidades competentes, com envio de cópia respetiva de todas as comunicações trocadas (isto é, enviadas e recebidas);*
- (ii) *Indicação, com envio de suporte documental respetivo, dos procedimentos e orientações definidos ao nível do serviço de urgência, no sentido da avaliação, triagem e acompanhamento, e do tratamento ou encaminhamento de utentes admitidos no Hospital de São José, com rutura de aneurisma cerebral, a partir das 16:00 de uma sexta-feira;*
- (iii) *Indicação, no caso de admissão no Hospital de São José, de utentes com rutura de aneurisma cerebral, a partir das 16:00 de uma sexta-feira, dos critérios e procedimentos seguidos, que fundamentam a opção dos mesmos aguardarem naquele hospital, 3 dias, até segunda-feira;*

(iv) *Indicação, no caso de admissão no Hospital de São José, de utentes com rutura de aneurisma cerebral, a partir das 16:00 de uma sexta-feira, dos procedimentos/orientações seguidos e em vigor, no caso de perigo de vida neurocirúrgico.*

3) *Confrontando com o alegado por V. Exas. na resposta ao ofício n.º O.AV/015/2014\_1.sm, onde é referido que, relativamente à transferência para outras unidades hospitalares destes doentes, “[...] esta é limitada pelo facto da mobilização e transporte na fase aguda da hemorragia subaracnoídea por aneurisma roto (com instabilidade neurológica e geral) [...]” não ser considerada a mais adequada conduta médica, 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 [...]”, solicita-se o*

(i) *Esclarecimento, com suporte documental respetivo e sem prejuízo das alegadas limitações clínicas associadas a tais transferências, das regras de transferência e referenciação que deverão ser habitualmente aplicáveis em situações tal como as descritas supra.*

4) *Esclarecimento sobre se o Hospital de São José se encontra integrado na Via Verde AVC e em caso afirmativo, qual o estágio de implementação respetivo;*

5) *Em caso afirmativo, envio dos procedimentos definidos e atualmente em vigor no sentido do tratamento ou encaminhamento dos utentes chegados pela VV AVC;*

6) *Envio do número total de situações que requereram intervenção no âmbito de neurocirurgia-vascular e de neurorradiologia de intervenção, desagregado por:*

(i) *total das situações ocorridas nos anos de 2012, 2013 e 2014;*

(ii) *total das situações ocorridas durante a semana e durante o fim-de-semana;*

(iii) *número de vezes em que os neurocirurgiões que se encontravam em permanência física foram chamados a intervir, seja nas situações ocorridas durante a semana, seja durante o fim-de-semana.*

7) *Envio de quaisquer outros elementos ou esclarecimentos adicionais que V. Exas. considerem relevantes para o completo enquadramento da situação”.*

18. Nessa sequência, por resposta de 6 de abril de 2015, veio o prestador informar a ERS, do seguinte:

- (i) *“Relativamente ao ponto 1 e sem prejuízo das comunicações já efectuadas pelo Conselho de Administração, cumpre-nos esclarecer que 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, anestesiológista, 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 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) *Quanto às “[...] regras de transferência e de referenciação deste tipo de doentes são enquadráveis no "Procedimento de transporte intra inter-hospitalar do doente crítico" do CHLC”, cuja cópia foi junta aos autos pelo prestador.*
- (xiv) *“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).*

(xv) *“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”.*

(xvi) *“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”.*

(xvii) No CHLC, em Neurocirurgia,

I. O total de Aneurismas operados foram:

- Em 2012 – [...]
- Em 2013 – [...]
- Em 2014- [...]

II. Distribuição de Cirurgias de Aneurismas por dias úteis, fins de semana e feriados:

	Dias úteis	Fins de semana e Feriados
2012	[...]	[...]
2013	[...]	[...]
2014	[...]	3 [...] (até 1 de abril de 2014)

III. No ano de 2014, dos [...] doentes operados por aneurisma roto, [...] foram sujeitos a cirurgia urgente, realizada pelas equipas em escala de Urgência e em permanência física na urgência, tendo sido realizadas “[...] [...] derivações ventriculares externas; [...] derivação ventricular externa com ulterior revisão por disfuncionamento; [...] derivação ventriculo-peritoneal; [...] Craniectomias descompressivas”.

(xviii) No CHLC, em Neuroradiologia de intervenção,

I. O total de doentes intervencionados:

	Dias úteis	Fins de semana e Feriados
	TODOS OS TIPOS DE INTERVENÇÃO ENDOVASCULAR	TODOS OS TIPOS DE INTERVENÇÃO ENDOVASCULAR
2012	[...]	[...]
2013	[...]	[...]
2014	[...]	

	VVAVC		Aneurismas	
	DIAS ÚTEIS	FINS DE SEMANA E FERIADOS	DIAS ÚTEIS	FINS DE SEMANA E FERIADOS
2012	[...]	[...]	[...]	[...]
2013	[...]		[...]	
2014	[...]		[...]	

II. Tendo esclarecido que: *“A equipa médica de Neurocirurgia de Urgência integra, 24 horas/dia, um Assistente Hospitalar e um Interno de Formação Específica, em presença física. Contudo nem todos os cirurgiões têm capacidade técnica para tratamento cirúrgico de um aneurisma cerebral. Tal como já mencionado, tratam algumas situações daí decorrentes, que por si só põem em risco a vida dos doentes”*. Referindo ademais que *“[...] mesmo depois da suspensão da escala de prevenção de Neuroradiologia de Intervenção, após as 16 horas de 6ª feira, manteve-se a funcionar a prevenção da equipa cirúrgica com subespecialização nesta área, tendo ainda sido operados vários doentes com recurso a diagnóstico feito por angio-TAC”*.

(xix) Segundo o CHLC *“As especificidades deste tipo de patologia exigem preparação técnica adequada, levando a que sejam necessárias escalas de prevenção próprias para o efeito”, no entanto, “[...] sob cobertura legal, as*

*escalas de prevenção são voluntárias”, sendo que , “atendendo ao contexto económico-financeiro que originou um decréscimo do valor/hora do trabalho extraordinário, [foram] confrontados com a recusa de alguns grupos profissionais a integrarem, escalas de prevenção aos fins-de-semana e feriados, com as remunerações agora praticadas”.*

(xx) Referindo, finalmente, que *“Não sendo questionável o tratamento precoce da rotura de um aneurisma cerebral, estão a ser envidados todos os esforços para que sejam reiniciadas as escalas de prevenção”* – cfr. ofício do CHLC de 6 de abril de 2015.

19. Os esclarecimentos transcritos *supra*, foram acompanhados dos seguintes elementos juntos aos autos: cópia da Triagem de Manchester - Norma de Encaminhamento de Doentes na Urgência Polivalente do CHLC, E.P.E.; cópia da Circular informativa do CHLC sobre a Triagem e Assistência aos Doentes Adultos Neurocríticos; cópia de documento interno do CHLC de avaliação da Via Verde AVC; cópia de via Verde AVC Intra-Hospitalar; cópia de procedimento de Transporte Intra e Inter Hospitalar de Doente Crítico no CHLC; e cópia das estatísticas do INEM da Via Verde AVC;

20. Do confronto com as referidas notícias e com a resposta do CHLC aos pedidos de informação da ERS, bem como da análise de toda documentação recebida, o consultor da ERS, sobre o assunto em causa pronunciou-se nos seguintes termos:

1. *“Da leitura da documentação constata-se que a Via Verde de AVC se encontra implementada e a funcionar regularmente assegurando que os doentes admitidos por hemorragia cerebral no contexto de hemorragia cerebral por ruptura de aneurisma cerebral tenham os cuidados conforme recomendações”;*
2. *No entanto, “O prestador reconhece não dispor de recursos humanos que assegurem o tratamento, clipagem de aneurisma; o que pode pôr em causa a qualidade da prestação das melhores práticas para os doentes em questão”;*
3. *Em face da apreciação clínica que antecede, apresentou as seguintes conclusões e recomendações:*

*“Em face da inexistência de recursos humanos permanentes e a sua concretização depender de voluntarismo, o prestador não apresenta condições para o mais adequado tratamento dos doentes para clipagem de aneurisma pelo que assim após o estabelecimento da indicação para esta intervenção, o doente deverá ser transferido para Unidade com esses recursos”.*

### III. DO DIREITO

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

21. 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;
22. 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;
23. Tal sendo o caso da entidade CHLC, entidade que detém a qualidade de prestador de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, inscrita no SRER da ERS sob o n.º 19062, do qual faz parte o Hospital de São José, estabelecimento prestador de cuidados de saúde, registado no SRER da ERS sob o n.º 113567;
24. As atribuições da ERS, de acordo como disposto nas alíneas a) e b) do n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes, e ainda, à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes;
25. Ademais, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e e) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema;
26. Competindo-lhe ainda, na execução dos preditos objetivos, e conforme resulta dos artigos 12.º e 15.º dos Estatutos, zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação, e também analisar as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes;

27. 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*”;
28. 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 – *cf.* al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS;
29. 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, em resultado do não cumprimento dos procedimentos em vigor, com correção técnica e em tempo útil; bem como, sob o prisma da necessidade de proteção dos legítimos interesses dos utentes.

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

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

- constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
31. 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;
32. 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”*;
33. 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”*.
34. 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;
35. 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;
36. Atento o exposto, cumpre analisar se o comportamento do prestador foi suficiente para garantir o cumprimento do dever prestação de cuidados necessários e atempados, que lhe é imposto;
37. Porquanto, integrando o conjunto das *“instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde”*, isto é, pertencendo ao SNS,

tal como definido pelo n.º 2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde, e cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro;

38. E tendo o SNS como objetivo “(...) a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva”, nos termos do artigo 2.º do respetivo Estatuto, esta instituição, deve, à semelhança de cada uma das instituições que o integram, desempenhar um papel de elevada relevância na prossecução desta imposição, garantindo o direito de acesso universal e igual a todos os cidadãos aos cuidados de saúde por si prestados.

### III.3. A Via Verde AVC

39. Considerando o conteúdo da informação transmitida nas notícias referidas *supra*, de que os utentes que ocorrem ao 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”, assume-se como necessária a análise mais detalhada dos procedimentos à mesma associados, por forma a permitir uma contextualização do caso concreto;
40. Conceptualmente, a Via Verde AVC, juntamente com as redes de referência, é considerada um elemento essencial na melhoria das acessibilidades no domínio das doenças cardiovasculares;
41. 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 referência para diagnóstico e terapêutica, de doentes com suspeita ou fases iniciais de AVC;*

- *orientações técnicas sobre reabilitação no pós AVC, destinadas aos profissionais de saúde;*
- *normas sobre circuitos de referência para reabilitação após AVC, de forma a ser evitada a descontinuidade no processo de reabilitação”.*

42. 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;*

43. 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);

44. Neste âmbito, a Via Verde está definida como “*uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações*”<sup>1</sup>;

45. 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*

---

<sup>1</sup> Cfr. Documento orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2007) .

*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;*

46. Sendo que o “[...] *sucesso da implementação das VVC dependerá não só do acionar do sistema de emergência pré-hospitalar por parte do cidadão através do 112, como também do diagnóstico ou suspeita diagnóstica efetuados na fase pré-hospitalar e do encaminhamento para os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas, atempadamente, por parte do INEM*”;
47. Do exposto resulta, assim, que é desde logo assumida a especificidade deste tipo de cuidados em termos de referência, por privilegiar o fator tempo, em detrimento das distâncias quilométricas e dos critérios tradicionais de áreas de influência geográfica dos hospitais;
48. Ainda, considerado o enfoque dado à Via Verde pré-hospitalar, no sentido de uma referência eficaz, esta deverá ter em consideração os critérios diagnósticos de fase aguda, o conhecimento das Unidades mais adequadas para o encaminhamento dos doentes, o tempo decorrido desde o início dos sintomas/sinais, o tempo necessário para o transporte e a disponibilidade de internamento de cada Unidade;
49. 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*”;
50. Ademais, as Vias Verdes, juntamente com as redes de referência, são consideradas um elemento essencial na melhoria das garantias do direito de acesso;
51. Por essa razão, a necessidade de implementação destes Sistemas de Resposta Rápida (Vias Verdes) foi reforçada pela publicação do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014, o qual definiu, para além de uma Rede de Referência genérica de Urgência e Emergência, as Redes de Referência específicas para as quatro Vias Verdes;
52. Com alusão específica, no artigoº 14.º do referido Despacho n.º 10319/2014, à Via Verde AVC, estabelecendo que,

“[...]”

1. *Todos os SUMC [Serviço de Urgência Médico–Cirúrgico] e SUP [Serviço de Urgência Polivalente] devem ter a capacidade para o diagnóstico clínico e*

*imagiológico de AVC agudo, bem como para efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação.*

*2. Deve, ainda, ser constituída a capacidade para realização de técnicas de re - permeabilização intra-arterial em alguns dos SUP da Rede, de forma a garantir o acesso a estas metodologias de tratamento nas regiões de mais elevada casuística.*

*3. A complexidade e a exigência técnica da abordagem referida no número anterior, bem como os casos atualmente selecionados para a sua realização, recomendam uma rigorosa definição da sua localização e Rede de Referência”.*

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

“[...]”

*Coordenar a decisão sobre referência primária e secundária de todos os doentes urgentes e ou emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e ou Cuidados Intensivos, em particular a referência das Vias Verdes;”*

54. 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;*

55. 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 existentes<sup>3 4</sup>;

---

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

<sup>3</sup> Cfr. artigo 18.º do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho.

<sup>4</sup> Destaque-se, com relevo para os autos, que o INEM é um instituto público, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, a quem cabe a definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde – cfr. n.º 2 do artigo 3.º da Lei Orgânica do INEM, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro. Mais lhe competindo “*Coordenar a atividade de transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente, realizado pelos meios de emergência do INEM, I.P e Promover, coordenar, assegurar e monitorizar a orientação dos doentes urgentes das*

56. 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*”;
57. Sendo que o transporte inter-hospitalar “[...] *será preferencialmente da responsabilidade do INEM ou na sua falta por outra ambulância medicalizada*”;
58. 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*”;
59. 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*.”;
60. 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 recepção 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*

---

*vias verdes instituídas pelos programas nacionais.*” - cfr. art.º 4.º dos Estatutos do INEM, aprovados pela Portaria n.º 158/2012 de 22 de maio.

*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.4. Do enquadramento legal da prestação de cuidados – dos direitos e interesses legítimos dos utentes**

61. 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;
62. 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;
63. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde;
64. 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;
65. 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;
66. 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;

67. Os utentes gozam do direito de exigir dos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, bem como a observância das regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis;
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 Lei de Bases da Saúde, 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. 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;
72. A relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência em todos os aspetos da mesma;
73. Sendo que tais características devem revelar-se em todos os momentos da relação.

#### **III.4. Análise da situação concreta**

74. O objeto de análise dos presentes autos estará delimitado à averiguação do comportamento do CHLC, consideradas as notícias veiculadas pelos meios de comunicação social e a informação deste mesmo prestador confirmando 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 inviabiliza o indispensável trabalho da equipa*”;
75. Pelo que cumpre analisar os alegados constrangimentos verificados no serviço de urgência e nas equipas de prevenção neurocirúrgica do CHLC;

76. Refira-se, preliminarmente que, quer a contratação de médicos para a prestação de serviços nas equipas de prevenção do CHLC; quer a avaliação dos concretos cuidados de saúde que são realizados no CHLC, e a sua oportunidade clínica face às *legis artis* determinadas, não são matérias da competência da ERS, salvo quando tais constrangimentos ponham em causa o acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
77. Por seu turno, já compete à ERS verificar do funcionamento e cumprimento dos protocolos ou procedimentos existentes junto do CHLC, e se os mesmos se apresentam como aptos a assegurar, a todo o tempo, uma correta resposta a um determinado diagnóstico;
78. A preocupação subjacente à presente análise alarga-se necessariamente à avaliação da existência e adequabilidade dos procedimentos dirigidos a corrigir e prevenir situações semelhantes à noticiada;
79. Nessa medida os factos serão analisados sob o prisma de uma (eventual) violação do direito dos utentes de acesso aos cuidados de saúde de que, efetivamente, necessitam, em tempo considerado clinicamente aceitável, bem como da avaliação da existência e adequabilidade dos procedimentos dirigidos à referência e encaminhamento de utentes em situação similar;
80. Concretamente, e no que releva atentas as atribuições e competências da ERS, nas referidas notícias divulgada, nomeadamente, a existência de utentes que alegadamente entram no CHLC - Hospital de São José, a partir das 16:00 de sexta-feira com rutura de aneurisma cerebral, e têm de esperar até segunda-feira para serem tratados;
81. Em sua defesa, veio o CHLC esclarecer que a suspensão de prevenção aos fins de semana da Neurocirurgia-Vascular e da Neurorradiologia de Intervenção, se deve à indisponibilidade por parte de alguns profissionais para integrarem as escalas de prevenção (que são voluntárias), o que, segundo o prestador, inviabiliza o indispensável trabalho da equipa de tratamento de doentes com a patologia de rotura de aneurisma;
82. Equipas estas que, devido às especificidades deste tipo de patologia, exigem preparação técnica adequada, levando a que sejam necessárias escalas de prevenção próprias para o efeito, com uma composição específica de médicos especialistas de Neurocirurgia e de Neurorradiologia, anesthesiologista, enfermeiro e técnico de diagnóstico e terapêutica;

83. O CHLC alega manter negociações com os profissionais e ter procedido à avaliação dos modelos de organização do trabalho possíveis para recuperar a cobertura existente;
84. Referindo, ademais, já ter elaborado uma proposta para enviar à tutela no sentido de reativar o trabalho em questão para as equipas de Neurorradiologia, bem como, para encontrar uma solução para as cirurgias dos aneurismas realizadas pela Neurocirurgia-Vascular;
85. Relativamente aos procedimentos, foi esclarecido que na urgência do CHLC todos doentes 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, 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;
86. Alega ainda que, apesar de não existirem normas de orientação clínica, é consensual que estes doentes devam sempre ser orientados para Centros com diferenciação e experiência no seu tratamento;
87. Assim, com base “[...] *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 co-morbilidades 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;
88. Ora, face aos constrangimentos surgidos com a indisponibilidade por parte de alguns profissionais para integrarem as escalas de prevenção, refere o prestador ter instituído como prática, manter os doentes sob ativas medidas de controlo clínico e terapêutico, até ao tratamento específico do aneurisma (embolização ou cirurgia);
89. Esclarecendo que nas situações que derivam da rotura do aneurisma, e que configuram risco imediato de vida, as mesmas são resolvidas pelas equipas de Neurocirurgia;
90. Quanto à transferência para outras Unidades Hospitalares, é reiterado o entendimento que o transporte dos utentes na fase aguda da hemorragia subaracnoideia por aneurisma roto, poderá não se adequar à mais segura conduta médica, alegando ser 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;

91. Existindo porém, “[...] *em situações de emergência e quando existe por qualquer motivo dificuldade assistencial, o contacto inter-hospitalar, incluindo com o Hospital Santa Maria [...]*”;
92. Sendo que quanto à transferência e referenciação deste tipo de utentes é aplicável o "*Procedimento de transporte intra inter-hospitalar do doente crítico*" do CHLC”;
93. Mais defende o CHLC que a Via Verde de AVC funciona em pleno e ininterruptamente no Hospital de S. José, tanto que, 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, de acordo com os dados de documento interno do CHLC de avaliação da Via Verde AVC e cópia das estatísticas do INEM da Via Verde AVC;
94. Por um lado, no que concerne ao 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;
95. No que se refere ao AVC Hemorrágico é feita a avaliação diagnóstica em contexto de Via Verde AVC, 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;
96. Novamente quanto à equipa médica de Neurocirurgia de Urgência, foi esclarecido que a mesma integra, 24 horas por dia, um Assistente Hospitalar e um Interno de Formação Específica, em presença física, ressalvando contudo, que nem todos os cirurgiões têm capacidade técnica para tratamento cirúrgico de um aneurisma cerebral, tratando algumas situações daí decorrentes, que por si só põem em risco a vida dos doentes;
97. Referindo ademais que “[...] *mesmo depois da suspensão da escala de prevenção de Neurorradiologia de Intervenção, após as 16 horas de 6ª feira, manteve-se a funcionar a prevenção da equipa cirúrgica com subespecialização nesta área, tendo ainda sido operados vários doentes com recurso a diagnóstico feito por angio-TAC*”;
98. Referindo finalmente que o CHLC esta a envidar todos os esforços para que sejam reiniciadas as escalas de prevenção;
99. Não obstante, não se pode deixar de salientar a obrigação do CHLC em assegurar que os procedimentos por si definidos sejam aptos a garantir de forma permanente e

efetiva os direitos e interesses legítimos dos utentes, concretamente acesso atempado aos cuidados de saúde;

100. E ainda, deverá garantir em permanência que tais procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados pelos profissionais que possam estar envolvidos;
101. Ora, cumpre referir que o CHLC veio demonstrar à ERS que a Via Verde de AVC se encontra implementada e a funcionar regularmente, assegurando que os doentes admitidos por hemorragia cerebral no contexto de hemorragia cerebral por rutura de aneurisma cerebral tenham os cuidados conforme recomendações;
102. Assim sendo, considerando que, segundo o prestador, o diagnóstico de rutura de aneurisma não é realizado em ambiente pré-hospitalar e mesmo a nível hospitalar exige a disponibilidade de realização de angiografia cerebral ou, angio-TAC, sendo necessário, para a referenciação pelo CODU ou por outros hospitais, de avaliação pelas equipas de Neurocirurgia, Neurologia e Neurorradiologia de urgência, que estão sempre garantidas no Hospital de São José;
103. Por outro lado, considerando que o prestador esclareceu que situação diferente do tratamento de aneurisma, é a cirurgia em situação de rutura de um aneurisma cerebral, durante o fim de semana, para a realização da qual não existem atualmente, equipas de prevenção com competência técnica adequada;
104. À ERS impõe-se zelar pela aplicação de regras que garantam, de forma ampla e clara, a salvaguarda dos direitos de acesso dos utentes;
105. Sendo a vertente temporal do acesso que neste momento importa analisar, na medida em que possa ser colocada em causa, em virtude da alegada falta de médicos para a realização de cirurgia em situação de rutura de um aneurisma cerebral, ao fim de semana, e conseqüentemente consubstanciar uma situação de ausência de capacidade de resposta cirúrgica por parte do CHLC;
106. Importando assim identificar aquelas situações em que o CHLC constata não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, ao fim de semana, pois não possui os recursos humanos especializados necessários à realização dos mesmos;
107. Pois o CHLC apenas respeitará os princípios e obrigações a que está sujeito, mantendo-se a alegada impossibilidade de contratação de profissionais médicos, se, nomeadamente, nas referidas situações em que constata não possuir capacidade instalada para responder nas melhores condições de acesso, encaminhar os utentes para unidade hospitalar que reúna todas as condições para o fazer;

108. Refira-se, aliás, que já o documento “Redes de Referência Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC” (2006) estabelecia que *“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”*;
109. Sendo que o transporte inter-hospitalar “[...] será preferencialmente da responsabilidade do INEM ou na sua falta por outra ambulância medicalizada”;
110. E 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.”;
111. Ao que acresce o recente o Despacho n.º 2713/2015, de 04 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que não se pode deixar de considerar aplicável ao presente caso, onde se determina 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.”.*

112. Assim, sempre que, a situação concreta de cada utente que deu entrada na Via Verde AVC, justifique eventual transferência inter-hospitalar, os estabelecimentos hospitalares do SNS não poderão deixar de dar cumprimento ao disposto no presente Despacho;
113. E em especial *“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”;*
114. Bem como, deve *“o 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.”;*
115. Ora, resultou do comportamento assumido pelo prestador, que o mesmo já adotou algumas diligências por forma a atuar em conformidade com o dever que sobre si impende de garantia dos direitos de acesso dos utentes, designadamente através das tentativas de contratação de médicos para as escalas de prevenção Neurocirurgia-Vascular e da Neurorradiologia de Intervenção;
116. Ultrapassando, porém, a competência da ERS interceder por forma a que o CHLC ultrapasse as dificuldades de contratação de profissionais;
117. Assim, em face de todo o vindo de expor, e até porque o diagnóstico de rotura de aneurisma não é passível de ser realizado em ambiente pré-hospitalar, não se revelou possível concluir, no caso concreto, pela existência, por parte do CHLC de uma limitação do acesso dos utentes no âmbito do tratamento de aneurismas, mesmo durante o fim de semana;
118. Pelo que, no âmbito da Via Verde AVC, não se pode admitir por verificada uma lesão ou violação do direito fundamental de acesso aos cuidados de saúde, no CHLC;
119. Até porque, conforme referido pelo CHLC *“[...] 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.”;*
120. O que se conjuga ainda com o facto de a ERS não ter tido conhecimento até ao momento presente de situações concretas de utentes em que se tenha verificado uma

efetiva limitação ou recusa do seu direito acesso em tempo clinicamente aceitável e adequado à sua condição;

121. No entanto, e de acordo com o parecer do consultor da ERS, “*O prestador reconhece não dispor de recursos humanos que assegurem o tratamento, clipagem de aneurisma; o que pode pôr em causa a qualidade da prestação das melhores práticas para os doentes em questão*”;
122. Situação suscetível de consubstanciar, ao não oferecer tratamento aos utentes AVC durante ao fim de semana, uma perda de janela/oportunidade terapêutica, enquanto concretização da garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde, que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utente e obviamente em tempo útil, que incumbe à ERS, como visto, e à luz das suas atribuições, prevenir e punir;
123. Julgando-se adequado, nestas situações, e sempre que for clinicamente possível e seguro, a referenciação dos utentes para outra unidade hospitalar;
124. Sendo certo que tal transferência deverá sempre respeitar as regras determinadas quer no documento “*Redes de Referenciação Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC*” (2006), quer no Despacho n.º 2713/2015, de 04 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde;
125. Por todo o exposto, e considerando que:
  - (i) os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integralmente todos os cuidados de saúde;
  - (ii) o funcionamento e as imposições adjacentes à Via Verde AVC consubstanciam regras que se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde; e
  - (iii) consequentemente, o seu deficiente funcionamento 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;
  - (iv) os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento da Via Verde AVC, devem não só articular-se entre si, em função dos recursos de que dispõem, mas também complementarem-se com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor;
  - (v) cada instituição deve conhecer, o que concretamente a si se exige para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde;

- (vi) daí resultando a obrigatoriedade das unidades hospitalares referenciarem os utentes, sempre que constata não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos;
- (vii) tanto mais que as unidades hospitalares integradas no SNS se obrigam “[...] a realizar as prestações de saúde adequadas ao estado de saúde dos utentes, podendo referenciá-los para outras unidades de saúde”;
- (viii) a implementação de adequadas Redes de Referência e de Vias Verdes obriga à adoção de Recomendações Clínicas práticas, à definição de circuitos regionais, ao envolvimento imprescindível e responsável do INEM;
- (ix) ao INEM compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referência, garantindo a adequação do respetivo transporte inter-hospitalar;

126. Revela-se oportuno recomendar ao CHLC para que nas situações em que constata não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgias em situação de rotura de aneurisma cerebral por falta de recursos humanos especializados, essenciais à sua realização, os utentes sejam encaminhados para unidade hospitalar que garanta 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 04 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

#### IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

127. 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 chamado a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o estabelecimento prestador de cuidados de saúde visado, o CHLO.

128. Certo é que no decurso do prazo legal para o efeito, e até ao presente momento, não foi a ERS notificada da pronúncia do interessado.

129. Não foi, assim, trazido ao conhecimento da ERS qualquer facto capaz de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS tal como regularmente notificado e que, por isso, se mantém na íntegra.

## V. DECISÃO

130. Tudo visto e ponderado, considerando que dos factos analisados, não resulta provado que o comportamento do estabelecimento prestador de cuidados de saúde Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E., tenha violado os direitos e interesses legítimos dos utentes, designadamente o direito de acesso os cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º, e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, arquivar o presente processo de inquérito;
131. Mais delibera, o Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º, e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma recomendação ao Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E. no sentido de nas situações em que constata não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde específicos, nomeadamente, realização de cirurgias em situação de rotura de aneurisma cerebral por falta de recursos humanos especializados, essenciais à sua realização, os utentes sejam encaminhados para unidade hospitalar que garanta 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 04 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde;
132. A versão não confidencial da presente decisão será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

O Conselho de Administração

Porto, 1 de julho de 2015.