

## **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/048/2022;

### **I. DO PROCESSO**

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

1. No dia 16 de fevereiro de 2022, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da reclamação subscrita por VS, a qual visa a atuação do Hospital CUF Porto, S.A. (HCUF-P), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º de registo 22015.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuído o número REC/15594/2022, o exponente alega que, no dia 24 de janeiro de 2022, a sua esposa, a utente LS, à data grávida de trinta e uma semanas, deu entrada no HCUF-P, onde até aí fora acompanhada pela Dra. FC, apresentando “dores intensas”.

3. Ato contínuo, LS foi observada pela referida médica, que a aconselhou a ficar em observação no HCUF-P durante *“uns dias”*.
4. Subsequentemente, o reclamante, que acompanhava LS, dirigiu-se à *“receção do piso térreo”*, no sentido de *“regularizar a entrada em internamento”*.
5. Ali chegado, VS foi informado que, a título de adiantamento, teria de pagar a quantia de 3.250€, o que o reclamante fez, pese embora declare que não lhe foi facultado qualquer *“preçário ou informação sobre o internamento”*.
6. Acontece que na madrugada do dia 25 de janeiro de 2022, fruto do agravamento da condição de saúde de LS, a utente e o exponente foram informados que o bebé poderia nascer prematuramente, pelo que *“teria de nascer num hospital público”*.
7. Nesta sequência, VS chamou um *“UBER”*, dirigiu-se até casa para ir buscar o seu automóvel e, através do mesmo, transportou LS até ao Hospital de São João - estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra o Centro Hospitalar e Universitário de São João, E.P.E. (CHUSJ), inscrito no SRER da ERS sob o n.º de registo 20296 -, onde o bebé viria a nascer no dia 30 de janeiro de 2022.
8. Finalmente, no dia 11 de fevereiro de 2022, quando se deslocou ao HCUF-P no sentido de proceder ao *“acerto de contas”*, VS foi surpreendido *“com um valor surreal a pagar, quando esperava ser reembolsado”*.
9. Assim, em concreto, o exponente recusa *“o pagamento dos fármacos administrados, designadamente o Atosibano”* pois, prossegue, *“se existia risco, como aliás se verificou, de parto prematuro, a [sua] mulher deveria ter sido encaminhada para um Hospital público e não ter sido internada nesse Hospital”*.
10. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 23 de junho de 2022, à abertura do presente processo de inquérito.
11. Paralelamente, a ERS tomou ainda conhecimento da reclamação subscrita por MR, a qual visa também a atuação do HCUF-P.
12. Em concreto, a exponente alega que, no dia 15 de dezembro de 2021, recorreu ao HCUF-P, na sequência de uma queda, da qual resultou um *“traumatismo crânio-encefálico”*.
13. MR acrescenta que após a *“avaliação, TAC [e] sutura da ferida no escalpe”* foi determinada a sua transferência para o Centro Hospitalar e Universitário do Porto, E.P.E.

(CHUP) – entidade registada no SRER da ERS sob o n.º 19061 -, uma vez que o HCUF-P não dispunha de vaga no Serviço de Cuidados Intensivos/Intermédios.

14. Acontece que, segundo o relatado pela reclamante, o HCUF-P não contactou previamente o hospital de destino no sentido de validar a referida transferência, razão pela qual a utente ficou cerca de 8 horas a aguardar o atendimento no CHUP, vindo depois a ser encaminhada para o CHUSJ.
15. A mencionada reclamação foi, inicialmente, objeto de análise no âmbito do processo de reclamação n.º REC/4430/2022, sendo posteriormente determinada a sua apensação aos presentes autos de inquérito.

## **I.2. Diligências**

16. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do HCUF-P, do CHUSJ e do CHUP, constatando-se que os mesmos são entidades prestadoras de cuidados de saúde inscritas no SRER da ERS sob os números de registo 22015, 20296 e 19061, respetivamente;
  - (ii) Notificação da abertura do presente processo de inquérito ao reclamante VS, diligência concretizada através de mensagem de correio eletrónico datada de 28 de junho de 2022;
  - (iii) Notificação da abertura dos presentes autos ao HCUF-P e ao CHUSJ (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), diligências concretizadas através de ofícios datados de 28 de junho de 2022, e receção das respetivas respostas nos dias 25 e 19 (primeira parte) de julho e 2 de agosto (segunda parte) de 2022;
  - (iv) Apensação ao presente processo de inquérito da reclamação subscrita por MR;
  - (v) Notificação à exponente MR da apensação aos presentes autos da reclamação identificada em (iv), diligência concretizada através de mensagem de correio eletrónico datado de 26 de julho de 2022;
  - (vi) Notificação da apensação aos presentes autos da reclamação subscrita por MR ao HCUF-P, do CHUSJ e do CHUP (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizada através de ofícios datados de 26

de julho de 2022, e receção das respetivas respostas nos dias 11, 25 e 24 de agosto de 2022;

- (vii) Notificação da apensação aos presentes autos da reclamação subscrita por MR ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM) (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizada através de ofício datado de 9 de novembro de 2022, e receção da respetiva resposta no dia 28 de dezembro 2022;

## II. DOS FACTOS

### II.1. Dos factos atinentes à utente LS (REC/15594/2022)

17. Da reclamação subscrita por VS, importa destacar a seguinte factualidade:

*“(…) Dirijo-me a V. Exas pois hoje, dia 7 de Fevereiro de 2022, fui confrontado com uma situação surrealista e que não esperava. A minha mulher, de nome [LS] (...) (mãe de um recém-nascido desde o passado dia **30 de Janeiro**, cujo nascimento ocorreu **no [CHUSJ]**, acompanhada durante a gravidez, pela Dra [FC], no vosso Hospital no Porto, começou a sentir dores intensas que a levaram ao mesmo hospital no dia 24 de Janeiro, antes desse mesmo dia e por aconselhamento da Dra [FC], a [LS] tomou magnésio, na expectativa de aliviar as contrações que já sentia. A Dra [FC] após a consultar, aconselhou-a ficar no Hospital em observação por uns dias. A mim foi-me dito que deveria dirigir-me á receção do piso térreo e regularizar a entrada em internamento. **A funcionária que me atendeu, pediu-me um adiantamento de 3250, que considerei excessivo, tendo-a eu questionado desta necessidade, foi-me dito que seria reembolsado por transferência bancária caso o custo do internamento fosse inferior.** Nunca me foi dado qualquer preçário ou informação sobre o internamento e nem eu o requisitei, pois estava sob pressão, após notícia da necessidade de internamento da minha mulher. Nessa mesma noite de 24-25 janeiro pelas 3 da manhã e após estar em dor há várias horas, a Dra [FC] que entretanto foi contactada pela enfermeira de serviço, de nome [C] e que generosamente se dirigiu ao Hospital. Informou-me que o nosso menino poderia nascer prematuro e segundo ela, teria de nascer num hospital público, pois à data, a gestação durava há 31 semanas. **Como esperava passar uns dias no Hospital, deixei o carro em casa, pelo que tive necessidade de chamar um UBER, fui buscar o meu carro a casa, regressei á CUF, apanhei a minha mulher e tive de a transportar em sofrimento e stress para o [CHUSJ], onde viria, uns dias depois, a nascer.** Hoje, dirigi-me à CUF, para acerto de contas e fui surpreendido com um valor surreal a pagar, quando*

esperava ser reembolsado. Assim, face á leitura dos documentos que anexo, **RECUSO, o pagamento dos fármacos administrados, designadamente o ?Atosibano? pois se existia risco, como aliás se verificou, de parto prematuro, a minha mulher deveria ter sido encaminhada para um Hospital público e não ter sido internada nesse Hospital.** Segundo, se prevalecer este princípio, questiono o pagamento da estadia da minha mulher e de mim próprio, como acompanhante, pois ambos estivemos sob stress e pressão constante e somente durante 8 fatídicas horas.guardo a vossa análise e espero o reembolso a que julgo ter direito.” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Reclamação subscrita por VS, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

18. Chamado a pronunciar-se sobre o teor da referida reclamação, o HCUF-P declarou inicialmente o seguinte:

“(…) De acordo com os esclarecimentos obtidos, **foi-nos indicado que a faturação final foi corrigida.** Ao valor resultante da correção levada a cabo, irá o respetivo serviço entrar em contacto com V. Exa., assim que possível, no sentido de promover o respetivo reembolso.

Em termos clínicos, gostaríamos de salientar que se trata de uma médica experiente e responsável cujos métodos se enquadram nas mais adequadas práticas de prestação de cuidados, pelo que **entendemos que os procedimentos clínicos adotados aquando da observação de V. Exa. foram os adequados,** conforme pode verificar no documento clínico em anexo. (…)” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação, datada de 6 de maio de 2022, remetida pelo HCUF-P à utente LS, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

19. No âmbito dos presentes autos de inquérito, foram solicitados os seguintes esclarecimentos ao HCUF-P:

“1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;

2. Descrevam todas as etapas percorridas pela utente [LS] no HCUF-P com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;

3. Enunciem as diligências encetadas pelo HCUF-P no sentido de proceder à transferência da utente para o CHUSJ, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua

*operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*4. Remetam cópia dos procedimentos/protocolos em vigor no HCUF-P em matéria de transferências hospitalares;*

*5. Envio de cópia de todos os orçamentos, faturas (e, eventualmente, notas de crédito) emitidas atinentes aos cuidados de saúde prestados na situação descrita na reclamação acima identificada, bem como informação sobre o seu estado atual, nomeadamente indicação sobre se o respetivo pagamento foi efetuado (e, em caso afirmativo, em que data);” – Cfr. Ofício, datado de 26 de junho de 2022, remetido pela ERS ao HCUF-P.*

20. Em resposta ao solicitado, o HCUF-P declarou o seguinte:

“(…)

1. (…)

- *A cliente Sra. [LS] era seguida em consulta externa de ginecologia e obstetrícia pela Dra. [FC] no [HCUF-P];*

- *No dia 24 de Janeiro de 2022 a referida cliente solicitou o agendamento de consulta urgente com a referida profissional que foi acedido;*

- *A observação realizou-se pelas 17h49m e tratava-se de grávida com 30 semanas e 5 dias de gestação; algias pélvicas;*

- *Foi realizada observação:*

*"ta: 113/70 mmhg*

*pr88*

*66 kg*

*sed urina: sangue +++ leucócitos +++"*

- *A doente referiu sensação de contrações uterinas dolorosas e rítmicas;*

- *Foi realizado CTG que revelou:*

*"ctg com reactividade uterina.*

*Refere contrações uterinas de 20 em 20 min.*

*colo posterior, amolecido. e fecgado em início de extinção*

*apv com segmento inferior formado*

comprimento cervical com 28mm

Dg: appt intermédio"

- **Determinou-se o seguinte plano de tratamento:**

"colhe urina para ex bacteriológico

peço análises: hemograma completo +pcr

**vai para internamento:**

para iniciar terapêutica tocolítica com atosiban,

inicia corticoterapia.

ampicilina 1 grev de 6 em 6 horas".

- A cliente apresentava queixas sugestivas de infecção urinária, associada a queixas algícas hipogástricas sugestivas de irritabilidade uterina com hematúria e leucocitúria no sedimento urinário com colo fechado, com 28mm de comprimento e evidências de segmento inferior formado.

- O CTG estava normal, tranquilizante e sem contracções uterina rítmicas.

- Assim, atendendo as queixas da doente e a observação realizada em consulta, **foi decidido pelo internamento da doente para início das medidas profiláticas de parto pré-termo**, nomeadamente tocolise com "atosiban" e aceleração da maturidade pulmonar associada e profilaxia antibiótica por suspeita de infecção uterina;

- **A situação foi explicada ao casal, nomeadamente que o facto de a gravidez ser de 30 semanas impossibilitava a realização do parto no [HCUF-P];**

- **A cliente e o marido (reclamante) perceberam o transmitido e indicaram que preferiam, ainda assim, aguardar pela evolução no internamento do [HCUF-P] por questões relacionadas com o controlo da ansiedade da cliente que pretendia manter o acompanhamento pelo marido.**

- **O valor definido como adiantamento em internamentos é de 3.250,00 Euros, conforme explicado ao casal, valor que liquidaram às 18h45m;**

- A doente foi internada no piso 3 quarto 324;

- Pelas 19h24m foi novamente observada pela médica que verificou as análises realizadas;

- Referia algias pélvicas rítmicas tipo contracções dolorosas que não eram perceptíveis no traçado cardiográfico.

- Ao toque a doente apresentava:

*"colo início de extinção, amolecido pósterio intermédio fechado,*

*apv no I plano membranas intactas, reavaliação do comprimento do colo com 21mm"*

- Após oito horas de internamento e devido à progressão dos sintomas e agravamento das queixas **foi decidido proceder contactar o [CHUSJ];**

- Note-se que o CTG mantinha-se tranquilizador, com irritabilidade uterina e ausência de contracções rítmicas;

- **Foi considerado, devido às queixas persistentes, a necessidade de proceder ao encaminhamento da doente para o hospital da área para acautelar uma vaga de neonatologia na referida instituição, na eventualidade de progressão da ameaça de parto pré-termo;**

- **A informação foi transmitida ao acompanhante, Sr. [VS] pela médica Dra. [FC] e pela Enfermeira de serviço;**

- **A grávida estava estável do ponto de vista hemodinâmico, sem risco de parto prematuro imediato e sem necessidade de transporte de ambulância medicalizada;**

- **Isto foi explicado à doente e ao acompanhante que anuíram e concordaram que o transporte em veículo próprio seria mais cómodo para todos;**

- **Em momento algum foi solicitado o transporte em ambulância;**

- Remete-se a V.Exa a informação clínica da cliente.

## 2. (...)

- Agendamento de consulta às 16h56m pela Administrativa [SS];

- Observação prévia à consulta por enfermagem pela Enf. [OP];

- Observação médica pela Dra. [FC] com registo às 17h49; 19h24m; 19h28m do dia 24.01.2022 e às 02h57m do dia 25.01.2022;

- Alta clínica às 2h56m do dia 25.01.2022, atribuída pela Dra. [FC].

## 3. (...)

- Conforme supra indicado, **foi realizado um contacto prévio para o serviço de neonatologia do [CHUSJ], na eventualidade de progressão da ameaça de parto pré-termo;**

- **O contacto foi realizado pela Dra. [FC], médica do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do [HCUF-P];**

4. (...)

Remete-se em anexo o Procedimento PRO.0036.01 "Transferências inter-hospitárias de doentes".

5. (...)

- Não foi solicitada nem elaborada qualquer estimativa no internamento da cliente Sra. [LS];

- No dia do internamento, a cliente procedeu ao adiantamento do valor de 3.250,00 Euros;

- Posteriormente foi emitida facturação que foi alvo de correcção;

- **Foi reembolsado à cliente o valor de 1.584,21 euros no dia 4 de Abril de 2022** conforme comprovativo que anexa.

6. (...)

Cumpra ainda esclarecer V.Exa que **a cliente foi novamente à consulta de Ginecologia e Obstetrícia no dia 29 de Janeiro de 2022 com a Dra. [FC] após a alta no [CHUSJ] no dia anterior, sem a realização de parto;**

**Nesta consulta a médica reiterou a necessidade de internamento no [CHUSJ], tendo novamente procedido ao encaminhamento da paciente para aquela unidade hospitalar.**

Em todos os momentos foi sempre explicado ao casal a situação clínica e a evolução tendo-se procedido conforme a vontade manifestada e a maior comodidade dos clientes." – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) remetida pelo HCUF-P à ERS (e rececionada no dia 25 de julho de 2022), documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

21. Efetivamente, em anexo à remetida comunicação, o HCUF-P remeteu os seguintes documentos:

- *Print Screen* relativo à consulta de ginecologia-obstetrícia da utente LS, a qual teve lugar no dia 24 de janeiro de 2022 no HCUF-P, tendo a mesma sido assegurada pela Dra. FC.
- “*Nota de Alta de Ginecologia Obstetrícia [do HCUF-P]*” da utente LS, documento datado de 25 de janeiro de 2022 e assinado pela Dra. FC, importando destacar os seguintes trechos:

“(…) *Data de Internamento: 24-01-2022 | Data de Alta: 25/1/2022 | Destino de Alta: Alta Clínica | Estado do doente: Melhorado*

*Diagnósticos*

*TRABALHO PARTO PREMATURO, PARTO REFERENCIADO, COM OU SEM MENCAO CONDICAO ANTEPAR*

(…)

*Resumo de Internamento e Complicações 2022-01-25 02:56*

(…)

**Devido a persistência das queixas decido contactar com [CHUSJ] para possível transferência visto haver vaga de neonatologia disponível.**

(…)

*Recomendações para a Alta*

(…)

*CONTACTO TELEFÓNICO: Em caso de dores ou em qualquer situação que possa levantar dúvidas contacte para o número: (…)*

**Contacto efectuado com Dr [TR].”**

- *Print Screen* dos “*Dados de Internamento*” da utente LS no HCUF-P, importando realçar os seguintes elementos:

“(…) *Destino Alta*                    **Outro Hospital**

(…)

*Transferido P/:*

*Motivo*                    **Por falta de recursos**

*Med. Alta*                    [FC]

Alta Clínica      2022.01.25      02:57”

- “*Procedimento Transferências inter-hospitalares de doentes*”, documento datado de 18 de dezembro de 2020, sendo de destacar os seguintes trechos:

“(…) **1. OBJETIVO**

*Este procedimento define o processo de transferências de doentes inter-hospitalares, não contemplando situações de emergência médica.*

**2. ÂMBITO**

*Este procedimento aplica-se a todos os profissionais das unidades CUF.*

(…)

**4. DEFINIÇÕES**

*TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR - transferência entre hospitais, devido à inexistência de recursos (humanos e/ou técnicos) no hospital de origem ou por vontade do doente. É abrangida nesta definição a transferência para o hospital da área de residência ou para a realização de MCDTs no exterior.*

**5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO**

*A tomada de decisão relativamente ao transporte de doentes entre hospitais, justifica-se:*

- *Pela necessidade de proporcionar ao doente um nível superior e diferenciado de cuidados assistenciais;*
- *Pela necessidade de realização de MCDTs/procedimentos terapêuticos necessários, e não realizáveis no serviço/instituição de tratamento de origem;*
- *Por motivos de vontade do próprio doente.*

*Envolve as seguintes fases: decisão, planeamento e efetivação.*

*DECISÃO: A decisão de transferência inter-hospitalar de um doente é um ato médico que envolve sempre a ponderação do risco/benefício para o doente. Esta também poderá decorrer do pedido expresso do doente.*

*A decisão final de transferência compete ao médico responsável pelo doente.*

*PLANEAMENTO: O planeamento é realizado pela equipa médica em coordenação com a equipa de enfermagem e terá em consideração as responsabilidades de cada interveniente indicado nos pontos em baixo.*

*EFETIVAÇÃO: A efetivação fica ao cuidado da equipa de transporte, cuja responsabilidade só termina no momento da transferência do doente à equipa de saúde ou, no regresso do serviço de origem (no caso da deslocação ser justificada pela realização de MCDT ou procedimentos terapêuticos).*

#### *5.1 Responsabilidade Clínica | Médico*

- a) Comunicar e explicar ao doente e seu acompanhante o motivo da necessidade de transferência;*
- b) Informar o enfermeiro responsável do doente da necessidade de transferência;*
- c) Contactar o médico responsável pelo serviço da unidade de destino de forma a assegurar os meios necessários ao tratamento e existência de vaga, descrever a situação clínica e garantir a possibilidade de transferência, a hora e data em que a mesma poderá ocorrer e ainda, caso seja necessário, a reserva de cama em SO ou internamento;*
- d) Registar no processo clínico:*
  - i) informado em receber o doente;*
  - ii) Motivo da transferência;*
  - iii) Fatores de risco acrescido;*
  - iv) Outras circunstâncias especiais relativas à transferência;*
  - v) A quem foi explicado a necessidade de transferência (doente ou acompanhante)*
- e) Elaborar e entregar nota de transferência do doente e outros documentos necessários (por exemplo, análises, relatórios de imagiologia, entre outros) à equipa que efetua o transporte e que fica responsável pelo acompanhamento. A documentação só será entregue diretamente ao doente, caso este pretenda deslocar-se pelos seus próprios meios;*
- f) Avaliar score de risco de transferência, o IMP.1291 "Score de risco e check-list para transporte";*
- g) Garantir que um elemento da equipa médica acompanha o doente até à unidade de destino, caso seja necessário, conforme calculado no IMP.1291 "Score de risco e check-list para transporte";*

**h) Caso o doente ou responsável legal não aceite o meio de transporte preconizado, deverá assinar o IMP.1037 -"Termo de responsabilidade - recusa de transferência";**

i) Na impossibilidade imediata do acompanhamento médico, e caso seja uma transferência de emergência pode ser realizado contacto com o INEM - Centro de Orientação de doentes urgentes - CODU, a solicitar acompanhamento pela viatura médica de emergência e reanimação (VMER);

j) Os elementos da equipa de transporte devem preferencialmente ter formação válida em suporte avançado de vida;

k) Na unidade de destino, receber o doente de acordo com o que tiver ficado estabelecido em contacto prévio e efetuar a passagem de informação clínica, segundo a metodologia ISBAR;

l) Após a admissão do doente na unidade de destino, é realizada uma reavaliação clínica.

#### 5.1.1 Responsabilidade Clínica | Enfermeiro

a) Preencher, com a equipa médica, o IMP.1291 "Score de risco e check-list para transporte", avaliando o nível de acompanhamento no transporte;

**b) Se o doente ou responsável legal não aceitar o meio de transporte preconizado deverá assinar o IMP.1037 -"Termo de responsabilidade - recusa de transferência", caso o médico ainda não o tenha entregue ao doente para assinar.**

**c) Contactar a equipa administrativa a informar a necessidade de transporte e o nível de acompanhamento necessário;**

d) **Proceder à preparação do doente para o transporte**, assegurando o equipamento de monitorização e suporte de cuidados previamente determinado pelo IMP.1291 "Score de risco e check-list para transporte";

e) Elaborar nota de transferência do doente e reunir os documentos necessários (como análises, relatórios de imagiologia, entre outros e espólio, que deverão ser entregues à equipa de transporte;

f) Os elementos da equipa de transporte devem preferencialmente ter formação válida em suporte avançado de vida;

*g) Durante o transporte, preencher o IMP.1296 - Registo no transporte inter-hospitalar de doentes;*

*h) Na unidade de destino, proceder à transferência do doente de acordo com o estabelecido no contacto prévio:*

*i) Efetua a admissão administrativa do doente. No caso de transferências entre unidades CUF, deverá ser retirada senha "Transferência entre unidades";*

*ii) Acompanha o doente até ao serviço de destino;*

*iii) Efetua passagem da informação clínica, segundo metodologia ISBAR;*

*iv) Entrega a documentação e solicita uma cópia do IMP.1296 - Registo no transporte de clientes;*

*i) Após a admissão do doente é feita uma nova avaliação clínica na unidade de destino (avaliação inicial);*

*j) No final da transferência, o enfermeiro deve garantir:*

*i) O retorno do equipamento que acompanha o doente;*

*ii) A Reposição do material utilizado na mala de transporte;*

*iii) A inclusão no processo clínico do doente do registo de transferência (IMP.1291 e IMP.1296), para posterior digitalização pela área administrativa;*

*iv) A atualização dos registos necessários no processo clínico eletrónico.*

### **5.1.2 Responsabilidade Não Clínica | Administrativo da unidade de origem**

*a) Informar o doente ou representante legal sobre:*

*i) Comparticipações/co-pagamentos necessários para terminar o processo na unidade de origem;*

*ii) Devolução de adiantamento realizado no AP, aplicado a particulares e estrangeiros (após liquidação da faturação existente);*

*iii) Cobertura do seguro e adiantamentos a realizar na unidade de destino;*

*iv) Sempre que o internamento, episódio de AP, exame ou tratamento não seja participado pela EFR do doente, o administrativo deve informar do valor do mesmo (tabela particular);*

v) **Custos de transporte caso seja transferido em ambulância, os quais também deverão ser indicados no IMP.0755 Requisição de Transporte para doente;**

vi) No caso de ser transferido para o internamento de outra unidade, informar que no destino irá ser pedido um adiantamento para esse episódio;

b) **Preencher o IMP:0755 - Requisição de transporte para doente, com as informações cedidas pela equipa de enfermagem.**

c) *Compilar informação para a transferência: impressão da folha de rosto + nota de transferência + termo de responsabilidade da unidade (esta última quando se pressupõe que volte à unidade de origem);*

d) *Solicitar a reserva de ambulância para transporte e juntar a documentação indicada na alínea anterior que deverá acompanhar o doente;*

e) *Comunicar com os administrativos do serviço da unidade de destino (ou AP caso seja fora do horário), para que o acesso na unidade seja considerado prioritário e garantir o envio da informação necessária;*

f) *Fechar episódio na unidade de origem;*

g) *Digitalizar os documentos da transferência para o processo clínico do doente.*

### **5.1.3 Responsabilidade Não Clínica | Administrativo da unidade de Destino CUF**

a) *Confirmar documentação enviada pela unidade de origem (folha de rosto, Nota de transferência e IMP.1296 -Registo no transporte de clientes);*

b) *Iniciar novo episódio na unidade de destino;*

c) *Identificar no processo e junto da equipa clínica de que se trata de uma transferência de outra unidade. (...)*

- *Recibo de adiantamento n.º [...], documento emitido pelo HCUF-P em nome de LS no dia 24 de janeiro de 2022, com o valor global de 3.250 €;*
- *Fatura n.º [...], documento emitido pelo HCUF-P em nome de LS no dia 25 de janeiro de 2022 (e relativo a cuidados de saúde prestados no dia anterior), com o valor global de 459,87 € (já descontando o valor pago a título de adiantamento 3.250 €), fruto da soma das seguintes rubricas: “Diárias”, “Internamento - Outros”, “Farmacos” e “Consumos”;*

- Nota de Crédito n.º [...], documento emitido pelo HCUF-P em nome de LS no dia 14 de fevereiro de 2022, com valor global de 3.709,87 € (relativo à Fatura n.º [...]);
- Fatura n.º [...], documento emitido pelo HCUF-P em nome de LS no dia 24 de janeiro de 2022 (e relativo à prestação de cuidados de saúde nessa data), com o valor global de 304 €, fruto da soma das seguintes rubricas: “*INOV – Análises Clínicas*”, “*Ginecologia-Obstetrícia*”, “*Serviços Especiais Obstetrícia*”, “*Patologia Clínica*” e “*Consumos*”;
- Fatura n.º [...], documento emitido pelo HCUF-P em nome de LS no dia 14 de fevereiro (e relativo à prestação de cuidados de saúde em 24 de janeiro do referido ano), com o valor global de 1.227,79 €, fruto da soma das seguintes rubricas: “*Diárias*”, “*Farmacos*” e “*Consumos*”;
- Fatura n.º [...], documento emitido pelo HCUF-P em nome de LS no dia 29 de janeiro (e relativo à prestação de cuidados de saúde nessa data), com o valor global de 134 €, fruto da soma das seguintes rubricas: “*Ginecologia-Obstetrícia – Consulta Subsequente - Obstetrícia*” e “*Serviços Especiais Obstetrícia – Monitorização Fetal Externa, com protocolos e extratos dos cardiocogramas (fora ou durante trab)*”;
- Recibo n.º [...], documento emitido pelo HCUF-P em nome de LS no dia 4 de abril de 2022, com o valor global de – 1584,21 €, fruto do acerto de contas decorrente das Faturas n.ºs [...] (304 €), [...] (134 €), [...] (1.227,79 €) e do Recibo de adiantamento n.º [...] (3.250 €);
- Comprovativo de transferência bancária operada em 4 de fevereiro de 2022 pelo HCUF-P para LS, no valor 1584,21 €;

– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) remetida pelo HCUF-P à ERS (e rececionada no dia 25 de julho de 2022).

22. Por outro lado, ainda no âmbito do presente processo de inquérito, foram solicitados os seguintes esclarecimentos ao CHUSJ:

*“1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*2. Descrevam todas as etapas percorridas pela utente [LS] no CHUSJ com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

3. Esclareçam se, previamente, à admissão da utente [LS] no CHUSJ, V. Exas. foram contactados pelo HCUF-P a propósito da transferência da referida utente, solicitando-se, em caso afirmativo, a descrição pormenorizada da informação transmitida nesse(s) contacto(s), acompanhada de toda a documentação de suporte;” – Cfr. Ofício, datado de 26 de junho de 2022, remetido pela ERS ao CHUSJ.

23. Em resposta ao solicitado, o CHUSJ remeteu os seguintes documentos com relevância para a apreciação da presente situação:

- **Informação clínica remetida pelo Serviço de Obstetrícia**, a qual infra se transcreve:

**“A Sra. D. [LS] deu entrada no Serviço de Obstetrícia no dia 25/1/2022 com o diagnóstico de ameaça de parto pré termo.**

*Tratava-se de uma primigesta de 30 semanas e 6 dias **transferida do [HCUF-P]** sob tocólise com Atosiban (inibidor das contrações uterinas), antibioterapia e com uma dose de betametasona já efetuada (para maturação pulmonar fetal).*

*A entrada não referia sensação de contrações uterinas e na cardiografia tinha contrações irregulares, um colo encurtado e com afunilamento, com o restante exame normal pelo que foi decidido manter o Atosiban e completar o ciclo de corticoides.*

**Manteve-se internada durante 4 dias.** Ao 2.º dia de internamento teve episódio de contratilidade uterina sem repercussões ao exame obstétrico. As análises ao sangue e urina efetuadas foram normais. **Ao 4.º dia por se encontrar assintomática e já ter completado o ciclo de corticoides, teve alta orientada para a médica assistente com indicação para voltar ao serviço se sinais de alarme.**

**Por agravamento da sintomatologia recorreu de novo ao serviço de Obstetrícia no dia 29/1/2022, em trabalho de parto. Teve parto eutócico no dia 30/1/2022 às 19.14 min com recém-nascido de 1565g que foi internado no Serviço de Neonatologia. O puerpério decorreu sem intercorrências e teve alta dia 1/2/2022, orientada para a Consulta Externa de Obstetrícia.”**

- **Folha clínica de admissão, em 25 de janeiro de 2022, e alta, em 28 de janeiro de 2022, de LS no CHUSJ**, onde é feita menção à transferência da utente de “*outro hospital*”, com o seguinte diagnóstico: “*ameaça de parto pré-termo*”. Em matéria de admissão, é ainda referido que a utente foi admitida em modo “*Normal (Prog)*” e não “*Urgente (N/ Prog)*”;

- **Diário de internamento de LS no CHUSJ entre 25 e 28 de janeiro de 2022**, importando destacar os seguintes trechos:

“(…) 25/01/2022 10:22 (…)

*Gestação com 30s+6d (calculada por IGE as 12s+1d). 1 Gesta*

(…)

30s+6d

# APPT

**- transferida do H. CUF (vigilância da gravidez no H CUF, sem intercorrências c/ Dra [FC])**

(…)

28/01/2022 09:35 (…)

*Alta hospitalar em 28-01-2022 às 09:35: Exterior referenciado a Médico Assistente. Dr(a), [HCD]*

*Plano:*

*Dada indicação para ser observada pela obstetra assistente (Dr.<sup>a</sup> [FC]) na próxima semana.*

*Deve realizar a ecografia do 3º trimestre.*

*Deve manter suplementação com ferro e complexo multivitamínico.*

*Tem alta. Explicados sinais de alarme que devem motivar a vinda ao serviço de urgência.”*

- **Informação clínica do internamento (entre 25 e 28 de janeiro de 2022) no Serviço de Obstetrícia endereçada à Dra. FC, médica obstetra do HCUF-P;**
- **Folha clínica de admissão, em 29 de janeiro de 2022, e alta, em 1 de fevereiro de 2022, de LS no CHUSJ**, com o seguinte diagnóstico: *“Trabalho de parto pré-termo/ Trabalho de parto/ Parto pré-termo (<32 sem)/ Nascimento no Hospital/ Internamento em UCIN”;*
- **Diário de internamento de LS no CHUSJ entre 29 de janeiro e 1 de fevereiro de 2022;**

➤ **Informação clínica do internamento (entre 29 de janeiro e 1 de fevereiro de 2022) no Serviço de Obstetrícia endereçada à Dra. FC, médica obstetra do HCUF-P;**

– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) remetida pelo CHUSJ à ERS (e rececionada no dia 2 de agosto de 2022), documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

➤ **Relatório de Alta** de LS no CHUSJ, importando destacar os seguintes trechos:

“(…) *Local: Urgência de Obstetrícia*

(…)

*Data de admissão: 25-01-2022 03:51 (…)*

***Notas clínicas***

(…)

**#Transferida do H CUF por APPT após contacto telefónico e confirmação de vagas na neonatologia**

(…)

*Dr.ª [RPV] (Outras Especialidades Medicas) - 25/01/2022 04:10 (…)*

***Alta***

(…)

*Serviço De Internamento Obstetrícia Internamento*

*Data: 25/01/2022 04:10*

*Por: Dr.ª [RPV]”*

➤ Diário Médico relativo ao período de internamento de LS no CHUSJ (**entre 25 e 28 de janeiro de 2022**), sendo de destacar as seguintes passagens:

“(…) 25-01-2022 / 04:41 Dr.(a) [RPV]

(…)

**Transferida do H CUF por APPT após contacto telefónico e confirmação de vagas na neonatologia”**

– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) remetida pelo CHUSJ à ERS (e rececionada no dia 19 de julho de 2022), documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

## **II.2. Dos factos relativos à utente MR (REC/4430/2022)**

24. No dia 10 de janeiro de 2022, MR expôs o seguinte no livro de reclamações do HCUF-P:

*“No passado dia 15 de Dezembro de 2021, recorri ao [HCUF-P] após uma queda com traumatismo crânio-encefálico (...). Após avaliação, TAC, sutura da ferida no escalpe e **por ausência de vaga no [HCUF-P], foi determinada a minha transferência para o [CHUP]**; no relatório da CUF, indica-se de modo lacónico **"contacta-se CODU para transferência da utente"**.”*

**O problema foi que a equipa de neurocirurgia do [CHUP] alega que não foi contactada**, algo referido nas observações médicas do meu processo de urgência (...). Não foi, portanto, validada a minha transferência para esse hospital, que nem sequer é o da minha área de residência, em Matosinhos.

*Em resultado desta falha de comunicação, **fiquei desde as 15:00 de dia 15/12 à espera de transporte no CHUP, tendo sido admitida no [CHUSJ] às 22h50 do mesmo**: foram praticamente 8 horas à espera, num corredor do CHUP, devido a um erro grave que ocorreu durante a transferência. Durante todo este período por não ir permanecer nesse hospital, estive esquecida num corredor do hospital, tendo tomado apenas paracetamol e não tendo tido qualquer assistência que não uma passagem ocasional, sem sequer ter acesso a soro.*

*É imperativo que o [HCUF-P] ou o CODU determinem a entidade/pessoa responsável por esta tomada de decisão errada e extremamente grave, a fim de evitar que esta situação se repita para outras pessoas.”* – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Reclamação subscrita por MM, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

25. A propósito da mencionada reclamação, o HCUF-P pronunciou-se nos seguintes termos:

*“(…) Após a devida atenção concedida ao seu relato, informamos que foram cuidadosamente revistos os procedimentos adotados na observação clínica de V. Exa., realizada no Atendimento Permanente de Adultos (APA) do [HCUF-P], no dia 15 de dezembro de 2021.*

*V. Exa. sofreu uma queda da qual resultou ferida com perda de substância e trauma cranioencefálico. Foram realizados os meios complementares de diagnóstico que se*

*impunham, designadamente, análises, eletrocardiograma para esclarecimento da síncope assim como solicitado TC cerebral.*

*O TC cerebral revelou fimbria de HSD agudo fronto-temporoparietal direito com 2mm de espessura, pequeno traço de fratura linear parietal esquerda. Dada a hemorragia e para evitar o aumento das dimensões do hematoma, o laboratório de imunohemotrapia foi contactado para reverter a hipocoagulação de V. Exa.. A existência de hematoma subdural em doente hipocogula implica 24h ou mais de vigilância do estado neurológico e repetição de TC cerebral.*

**Por inexistência de vaga no Serviço de Cuidados Intensivos/Intermédios, houve necessidade de transferir V. Exa. para a Unidade Hospitalar Pública que dispusesse da Especialidade de Neurocirurgia com vigilância no transporte, pelo que foi contactado o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).**

**O procedimento CODU é transferir qualquer doente para o Hospital de referência do local onde o mesmo se encontra e não do local de residência do doente.** O [HCUF-P] situa-se na freguesia de Aldoar e a referência desta área e de todo o Porto Ocidental é, portanto, o [CHUP].

Assim, **qualquer utente que se encontre no [HCUF-P] que por qualquer motivo necessite de transporte com acompanhamento, irá sempre para o [CHUP]**, independentemente da sua localidade.

*Por norma, quando ocorre este tipo de transferência inter-hospitalar, os médicos de cada hospital falam entre si, contudo **neste caso específico, foi impossível estabelecer contato com o [CHUP] após várias tentativas.** Não obstante, é obrigatório nas transferências que o doente vá acompanhado de registos clínicos, exames realizados e referência à(s) especialidade(s). O que aconteceu.*

*Entendemos pertinente salientar que a partir do momento em que o doente é admitido numa Unidade Hospitalar Pública, a orientação clínica do mesmo passa a ser da responsabilidade dessa entidade. Fomos igualmente conhecedores que o médico contactou V. Exa. explicando todos os procedimentos efetuados na CUF e normas atuais vigentes para o CODU.*

(...)

[S]alientamos que todos os procedimentos foram cumpridos adequadamente tanto pela CUF como pelo CODU. (...)" – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação, datada de 11 de maio de 2022, remetida pelo HCUF-P a MM, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

26. No âmbito dos presentes autos de inquérito, foram solicitados os seguintes esclarecimentos ao HCUF-P:

“1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;

2. Descrevam todas as etapas percorridas pela utente [MR] no HCUF-P com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;

3. Enunciem as diligências encetadas pelo HCUF-P no sentido de proceder à transferência da utente para o CHUP, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;” – Cfr. Ofício, datado de 26 de julho de 2022, remetido pela ERS ao HCUF-P.

27. Em resposta ao solicitado, o HCUF-P declarou o seguinte:

“(…)

1. (…)

- No dia 15 de Dezembro de 2021 pelas 9h08m a cliente deu entrada no serviço de Atendimento Permanente do [HCUF-P] por síncope não presenciada às 7h, ferida contusa parietal por TCE, sem hemorragia ativa;

- Foi triada com prioridade **urgente** e observada por médico;

- Foram realizados os meios complementares de diagnóstico necessários, nomeadamente análises, electrocardiograma e TC cerebral;

- O TC cerebral revelou fimbria de HSD agudo fronto-temporoparietal direito com 2mm de espessura e possível pequeno traço de fractura linear parietal esquerdo;

- Atendendo o estado da doente impunha-se uma vigilância mais apertada na Unidade de Cuidados Intermédios, sendo que o [HCUF-P] não dispunha de vaga;

- Assim, impunha-se a **transferência da doente para a Unidade Hospitalar Pública que dispusesse da Especialidade de Neurocirurgia (inexistente no Hospital Pedro Hispano)**;

- Foi elaborado o competente relatório médico e **contactado o CODU que procedeu à transferência da doente**;

- A doente foi encaminhada com o acompanhamento médico exigível e com a informação clínica, nomeadamente, relatório médico, relatório dos exames realizados com o CD para visualização das imagens;

- **No que respeita à transferência da doente refira-se que o médico Dr. [SA] efectuou várias tentativas de contacto para o [CHUP] não tendo obtido qualquer resposta;**

- Remete-se em anexo a informação clínica da doente.

## 2. (...)

- Admissão administrativa no Atendimento Permanente às 09h03m;

- Triage realizada às 09h08m pela Enf. [AL];

- Abertura das notas clínicas às 9h35m pelo Dr. [SA];

- Realizou TAC - relatado pela médica Dra. [CP]

- Realizou análises;

- Às 14h tem alta clínica assinada pelo Dr. [SA] "por ausência de vaga neste Hospital de local com vigilância neurológica adequada, encerramento da Urgência desta Unidade às 0h e necessidade de repetição TAC contacta-se CODU para transferência da utente";

- Enf. [AL] do Atendimento Permanente regista às 14h24m "**transportada por tripulantes de ambulância destacados pelo CODU**".

## 3. (...)

- **Procedeu-se ao contacto com o CODU com vista ao transporte da doente para o CHUP que se veio a concretizar pelas 14h24m tendo sido transportada por tripulantes de ambulância destacados pelo CODU;**

- **O médico Dr. [SA] tentou previamente contactar os profissionais médicos do CHUP sem sucesso.**

- Remetemos em anexo os esclarecimentos prestados pelo médico.

Requer, se V.Exa entender necessário, que se proceda à inquirição do Sr. Dr. [SA] para melhor esclarecimento das diligências realizadas no processo de transferência desta doente" – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) remetida pelo HCUF-P à ERS (e rececionada em 11 de agosto de 2022), documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

28. Ora, em anexo à referida comunicação, o HCUF-P remeteu ainda os seguintes documentos com relevância para a apreciação da situação em apreço:

- Resumo de informação clínica relativo à Consulta de Urgência Geral de MR, a qual foi realizada em 15 de dezembro de 2021 no HCUF-P, importando destacar os seguintes trechos:

*“(...) Motivo / Observação*

*— 2021-12-15 09:35, Dr. [SA], MEDICINA INTERNA HCP—*

*77 anos*

*FA hipocoagulada*

*Insuficiência venosa periférica*

*Síndrome vertiginoso*

*(...)*

*Doente teve síncope sem prodromos com queda com TCE parieto-occipital com ferida corto-contusa no couro cabeludo*

*Síncope não precedida de dor torácica, dispneia ou palpitações*

*(...)*

*TC cerebral - fímbria de HSD agudo fronto-temporoparietal direito com 2mm espessura possível pequeno traço de # linear parietal esquerdo*

*(...)*

**Por ausência de vaga neste Hospital de local com vigilância neurológica adequada, encerramento da Urgência desta Unidade as 0h e necessidade de repetição TAC contacta-se CODU para transferência da utente**

*Diagnóstico*

*4321 - (Diagnóstico) Hemorragia Subdural (15-12-2021 - 14:00h) - Confirmado, Dr. [SA]*

*(...)*

***Notas de Enfermagem***

*2021-12-15 14:24, [AL] —*

**Indicação de transferência para H.área de residência, transportada por tripulantes de ambulância destacados pelo CODU.**

(...)

*Triagem*

—2021-12-15 09:08, [AL] —

**Prioridade: Urgente**

- Relatório Médico elaborado pela Dra. CP na sequência da TC cerebral realizada, em 15 de dezembro de 2021, por MR, sendo de destacar as seguintes passagens:

**“RELATÓRIO:**

*Fímbria de hematoma subdural agudo frontotemporoparietal direito, com cerca de 2mm de espessura máxima, sem efeito de massa relevante sobre o parênquima. Não se identificam outras hemorragias intracranianas.*

*Sinais de leucoencefalopatia isquémica incipiente, sem outras alterações valorizáveis na densidade encefálica.*

*Vias de circulação de liquor com configuração e dimensões dentro do esperado, para o grupo etário da doente.*

*Amígdalas cerebelosas em posição normal.*

*Calcificações murais ateromatosas nos sífões carotídeos.*

*Possível pequeno traço de fratura linear parietal esquerdo, adjacente a espessamento dos tecidos moles epicranianos parietais, provavelmente pós traumático.*

*Sem sinais de hemossinus e/ou hemotímpano.”*

- Cópia dos resultados das análises realizadas pela utente MR aquando do episódio de urgência no HCUF-P.
- Informação clínica do Serviço de Atendimento Permanente do HCUF-P, importando destacar as seguintes passagens:

*“(...) DATA DE ADMISSÃO: 15-12-2021*

*HORA DE ADMISSÃO: 09:03*

*DATA DE ALTA CLÍNICA: 15/12/2021*

*HORA DE ALTA CLÍNICA: 14:00”*

- Mensagem de correio eletrónico do Dr. [SA], datada de 14 de janeiro de 2022, endereçada ao HCUF-P, descrevendo o caso *sub judice* nos seguintes termos:

*“(...) A Sra. [MR] foi observada e orientada por mim, [SA], Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Coordenador do AP Adultos do [HCUF-P].*

No intuito de esclarecer a situação clínica, a logística e normas associada a transferências Hospitalares através do CODU, as quais conheço dado ter experiência de trabalho em Hospital Central, cumpre-me o dever de esclarecer vários pontos:

1 - Do ponto de vista clínico os procedimentos diagnósticos e terapêuticos foram adequados e com benefício clínico para a doente

- A doente é hipocoagulada e teve queda da qual resultou ferida com perda de substância no couro cabeludo e TCE

- Foi suturada pelo colega de cirurgia

- Foram realizados os meios complementares de diagnóstico que se impunham (análises, electrocardiograma para esclarecimento da síncope e solicitado TC cerebral

- O TC cerebral revelou fímbria de HSD agudo fronto-temporoparietal direito com 2mm espessura possível pequeno traço de fractura linear parietal esquerdo

- Dada a hemorragia foi contactado laboratório de imunohemoterapia para reverter a hipocoagulação da doente - procedimento esse, realizado rapidamente, pois era o tratamento adequado para evitar o aumento das dimensões do hematoma.

- A existência de hematoma subdural em doente hipocoagulada implica 24h ou mais de vigilância do estado neurológico e repetição de TC cerebral as 24 h ou antes se deterioração neurológica. **Nesse mesmo dia (ao contrário do que é habitual) não dispúnhamos de vaga no Serviço de Cuidados Intensivos / Intermédios.**

**Nesse sentido impunha-se a transferência da doente para Unidade Hospitalar Pública que dispusesse da Especialidade de Neurocirurgia (dado o comentário da reclamação esclareço que esta especialidade é inexistente no Hospital Pedro Hispano). Dado que a mesma necessidade de vigilância era necessária durante o transporte foi contactado o CODU.**

- Tive o cuidado de informar o marido da D [MR] da situação clínica da doente.

2 - A partir do momento em que o CODU assume o doente, a responsabilidade sobre o utente é do mesmo, mas imporá salientar que actuação do CODU foi em conformidade com as normas em vigor!

- E norma do CODU transferir qualquer utente / vítima para o Hospital de referência do local onde se encontra o doente e não do local de residência do doente. **O [HCUF-P]**

**situa-se na freguesia de Aldoar e a referenciação desta Área e de todo o Porto Ocidental é o [CHUP].**

- Assim **qualquer utente que se encontre dentro do [HCUF-P] que por qualquer motivo necessite de transporte com acompanhamento, irá sempre para o [CHUP], independentemente de residir em Braga, Vila Real ou qualquer outra localidade.**

Mais esclareço que qualquer utente que se encontre numa Unidade de Saúde Privada em Gaia será transportado para o CHVNG e se se encontrar numa Unidade Privada do Porto Oriental será transportado para o HSJ, independentemente da sua Área de residência.

3 - O último ponto que terei de comentar é o do contacto com a Neurocirurgia do CHP.

- Por princípio de cortesia e comum nas transferências inter-hospitalares contactar o colega que irá receber o doente e **essa tentativa foi efectuada da minha parte. Após várias tentativas, foi impossível estabelecer contacto com a telefonista do CHP.**

Tenho a noção que a questão pandémica com limitações nas visitas sobrecarrega as linhas telefónicas hospitalares e a morosidade no atendimento tornou-se infelizmente num novo normal.

- Obrigatório nas transferências é que o doente vá acompanhado de registos clínicos, exames realizados e referenciação à Especialidade(s). Tive o cuidado de enviar não só o relatório clínico, como os exames realizados, e relatório do TC cerebral acompanhado de CD para que o colega pudesse ver as imagens.

- A partir do momento em que o doente é admitido numa Unidade Hospitalar Pública toda a orientação clínica do doente passa a ser da responsabilidade da mesma! E não pode haver recusa na observação do doente em função da sua área de residência.

Contactei telefonicamente ontem 13/1 a D. [MR] explicando todos os procedimentos efectuados na CUF e normas actuais vigentes para o CODU. Apenas pude lamentar que nesse mesmo dia não dispuséssemos de vaga pois era a vontade da própria ficar connosco e seguramente que ficaria satisfeita com os nossos serviços.

Assim, em resumo, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados na CUF foram os adequados, com claro benefício clínico para a doente. O procedimento e orientação do CODU foi de acordo com as normas em vigor atualmente. Pode-se discordar das mesmas, mas são as normas em vigor!

*Quanto à orientação dada no [CHUP], por imperativos éticos não me cumpre pronunciar!”*

– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) remetida pelo HCUF-P à ERS (e rececionada em 11 de agosto de 2022).

29. Por outro lado, no âmbito do presente processo de inquérito, foram também solicitados esclarecimentos ao CHUP, nomeadamente:

*“1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*2. Descrevam todas as etapas percorridas pela utente [MR] no CHUP com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*3. Esclareçam se, previamente, à admissão da utente [MR] no CHUP, V. Exas. foram contactados pelo HCUF-P a propósito da transferência da referida utente, solicitando-se, em caso afirmativo, a descrição pormenorizada da informação transmitida nesse(s) contacto(s), acompanhada de toda a documentação de suporte;*

*4. Enunciem as diligências encetadas pelo CHUP no sentido de proceder à transferência da utente para o CHUSJ, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;” – Cfr. Ofício, datado de 26 de julho de 2022, remetido pela ERS ao CHUP.*

30. Em resposta ao solicitado, o CHUP pronunciou-se nos seguintes termos:

*“(…) 1- No dia 15/dezembro/2021 a D. [MR] foi transferida do [HCUF-P] para o Serviço de Urgência (SU) do [CHUP] **sem que tivesse sido feito qualquer contacto**. A informação escrita relativa ao observado e realizado no [HCUF-P] que acompanhava MR foi devidamente registada no seu processo clínico.*

*2- MR foi admitida no SU do [CHUP] às 14:45h e triada às 15:00h pelo Enfermeiro do SU [PG] (...), tendo-lhe sido atribuída prioridade **“urgente”** (amarela). Após observação médica o 1.º registo clínico foi feito às 15:58h, pelo Dr. [AF], interno de formação específica de neurocirurgia de Serviço no SU. Apesar de se encontrar bem e estável o protocolo de trauma vigente obriga a vigilância intra-hospitalar e repetição de exame de imagem 24h após o trauma.*

3- De acordo com as regras emanadas pela ARS Norte, perante a necessidade de internamento hospitalar este deve ocorrer idealmente na instituição em cuja área de influência se situa a unidade de saúde dos cuidados de saúde primários em que o utente se encontra inscrito. No caso de a especialidade médica necessária não existir naquela unidade hospitalar deverá o utente ser orientado para a unidade hospitalar que constitui a referência secundária. O Hospital Pedro Hispano não possui a especialidade de neurocirurgia pelo que quando necessário referencia para o CHUSJ. Dado que a situação clínica de MR permitia uma transferência inter-hospitalar em segurança e sem acréscimo de risco o Dr. AF propôs-lhe a transferência para o CHUSJ que MR aceitou. A decisão foi corroborada pelo neurocirurgião residente Dr. [EP] pelo chefe de equipa do SU Dr. [HM].

4- O Dr. AF contactou o CHUSJ para propor a transferência de MR que foi aceite pelo Dr. [M], neurocirurgião de serviço no SU. O registo dessa aceitação foi feito às 16:27h. De acordo com os procedimentos internos do [CHUP], o Dr. AF solicitou o transporte na plataforma online às 17h29. A alta clínica foi registada às 16:42h. Por motivos alheios ao SU a empresa “Força de Viver”, entidade com quem o [CHUP] tem contratualizados todos os transportes de doentes para o exterior, só procedeu à transferência de MR às 22:17h.

5. Anexam-se todos os registos referentes ao episódio de urgência em causa.” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 19 de agosto de 2022, remetida pelo CHUP à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

31. Efetivamente, em anexo à referida comunicação, o CHUP remeteu cópia da ficha do episódio de urgência de MR, sendo de destacar os seguintes trechos:

“(…) Dat Urg: 15 Dez-2021 14:45:24

(…)

Outros Dados

Causa: Queda

Proveniência: **INEM**

(…)

Observações: **VEM DA CUF**

(…)

Triagem

Data/Hora da Triagem: 15/12/2021 15:00:08

Discriminador: História de T.C.E.

Prioridade clínica: **Urgente (Amarelo)**

(...)

Especialidade: SU NEUROCIRURGIA / HSA

Queixa: **Vem transferido do [HCUF-P] para NC por HSD**

FA Hipocoagulada

Queda hoje – cefaleias à chegada

Justificação Via Verde:

Triador: Enfermeiro [PG]

Observações Médicas

15-Dez-2021 15:58:46 Dr. [AF] / SU NEUROCIRURGIA / HSA

TRANSFERÊNCIA HOSPITAL CUF

- **Equipa NC SU do [CHUP] não foi contactada nem validou transferência da utente aos nossos cuidados.**

- Área de residência/CS: Matosinhos

(...)

P/

Analgesia

Por neurocirurgia, para cumprir vigilância intra-hospitalar e realizar novo controlo imagiológico às 24h da queda.

**Após contacto com NC Residente e Chefe de Equipa, contacto equipa de NC SU CHUSJ para proceder à transferência da doente.**

15-Dez-2021 16:27:16 Dr. [AF] / SU NEUROCIRURGIA / HSA

**Aceite a transferência para o CHUSJ (Dr. [M], NC)**

**Doente sem oposição à transferência.**

(...)

Destino do Doente

Data: 15/Dez/2021 16:42:00

Destino: [CHUSJ]

Médico: [AF] (...) – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 19 de agosto de 2022, remetida pelo CHUP à ERS.

32. Finalmente, ainda no âmbito dos presentes autos de inquérito foram solicitados ao CHUSJ os seguintes esclarecimentos:

*“1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*2. Descrevam todas as etapas percorridas pela utente [MR] no CHUSJ com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*3. Esclareçam se, previamente, à admissão da utente [MR] no CHUSJ, V. Exas. foram contactados pelo HCUF-P e/ou pelo CHUP a propósito da transferência da referida utente, solicitando-se, em caso afirmativo, a descrição pormenorizada da informação transmitida nesse(s) contacto(s), acompanhada de toda a documentação de suporte;”* – Cfr. Ofício, datado de 26 de julho de 2022, remetido pela ERS ao CHUSJ.

33. Na resposta remetida à ERS, o CHUSJ *“esclarecimentos prestados pela Sra. Diretora do Serviço de Urgência – Dra. [CM], e respetiva documentação de suporte”*. – Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos anexos), datada de 25 de agosto de 2022, remetida pelo CHUSJ à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

34. Assim, a Diretora do Serviço de Urgência do CHUSJ declarou o seguinte:

*“(…) 1. A doente foi admitida no Serviço de Urgência (SU) do (...) (CHUSJ) às 22:50 de 15.12.2021, sendo esse processo efetuado pelo Assistente Técnico [PS].*

*2. A admissão ocorre em contexto de **transferência do [CHUP], dirigida à especialidade de Neurocirurgia, por necessidade de continuação de cuidados pela referida especialidade. Foi enviada carta de transferência com a informação clínica e foi efetuado contacto telefónico prévio.***

*3. **A área de referência da doente é a do Hospital Pedro Hispano (HPH), mas que na referida especialidade, Neurocirurgia, referencia ao CHUSJ.***

4. Às 23:09 do mesmo dia foi triada, pelo Enfermeiro [FG], de acordo com o sistema de TRIAGEM de MANCHESTER, em vigor na nossa instituição, que determinou ser **AMARELO** o nível de prioridade para observação.
5. Foi encaminhada, na mesma ocasião e pelo mesmo enfermeiro, para a área de Cirurgia.
6. Às 23:14 é iniciada observação pelo Médico [LN], que contacta posteriormente, telefonicamente, o médico da referida especialidade. Formalmente coloca o pedido de transferência de responsabilidade, na aplicação informática, às 00:03 de 16.12.2021. Neste período é prescrita fluidoterapia.
7. O Neurocirurgião [MG] assume responsabilidade e inicia observação às 02:09 de 16.12.2021, após conclusão de intervenção cirúrgica emergente de outro doente.
8. A decisão daquele clínico é a de manter vigilância até de manhã, no sentido de ser repetido o exame de imagem – TAC Cerebral – cerca de 24 horas após a queda, conforme estado da arte.
9. Às 09:09 a doente passa para a área Médica 2, por questões de adequação de espaço físico e de acordo com procedimento em vigor no serviço.
10. A TAC Cerebral é solicitada às 10:02 de 16.12.2021, pelo Neurocirurgião [VC], e realizada às 12:05 do mesmo dia, sendo relatada pelo Neurorradiologista [HS].
11. O Neurocirurgião [VC], após análise da TAC Cerebral e reavaliação clínica, dá alta à doente, às 13:32 do mesmo dia.
12. Durante a sua permanência no SU, nas áreas de Cirurgia e Médica 2, esteve sob os cuidados das equipas de enfermagem dos referidos setores, nomeadamente Enfermeiros [JV], [FB] e [CM].
13. A alta administrativa é averbada às 14:22, desse mesmo dia, pela Assistente Técnica [CF].
14. Não temos qualquer referência a contacto do HCUF-P com a nossa instituição. (...)” – Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos anexos), datada de 25 de agosto de 2022, remetida pelo CHUSJ à ERS.
35. Efetivamente, em anexo à referida comunicação, o CHUSJ, além da nota de transferência de MR (que incluiu toda a informação e documentação clínica elaborada pelo HCUF-P e pelo CHUP, cujo teor atrás se aludiu), remeteu também o relatório de alta da mencionada utente, importando destacar os seguintes trechos:

“(...) Data de admissão: 15-12-2021 22:50 (...)

*Queda esta manhã com TCE. Recorreu à CUF onde fez TC cerebral que revelou fímbria hemática subdural.*

*Foi transferida para o CHUP sem contacto prévio, onde fez reversão da hipocoagulação e foi avaliada por NC.*

*Foi então transferida para este hospital por ser o hospital da área.*

*(...)*

*Dr. [MG] (Neurocirurgia) - 16/12/2021 02:12*

*(...)*

*Plano:*

*Alta para o domicílio, dado baixo risco de agravamento, boa vigilância domiciliar (filha enfermeira, vive perto) e ótimo estado geral / autonomia.*

*Suspende hipocoagulação oral (fibrilhação auricular) até reavaliação imagiológica. Marco reavaliação em consulta na próxima semana*

*Cuidados de vigilância e sinais de alarme que devem motivar reavaliação médica urgente:*

- Cefaleia significativa sem melhoria/em agravamento*
- Náuseas/vómitos de repetição*
- Sonolência excessiva, alteração do estado de consciência*
- Diminuição da força ou maior dificuldade na mobilização dos membros.*
- Episódios sugestivos de crise convulsiva / movimentos involuntários dos membros.*
- Alterações da fala ou visão.*

*Dr. [VC] (Neurocirurgia) - 16/12/2021 13:30 (...)*

*Diagnósticos Hemorragia subdural traumática, sem perda de consciência, admissão inicial*

*(...)*

*Data: 16/12/2021 13:32*

*Tipo: Principal*

*Alta Consulta Externa*

*Data: 16/12/2021 13:31*

Por: Dr. [VC]” – Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos anexos), datada de 25 de agosto de 2022, remetida pelo CHUSJ à ERS.

36. Tendo em conta as informações e os documentos supra enunciados, no dia 9 de novembro de 2022, a ERS solicitou ao CODU-INEM os seguintes esclarecimentos:

“1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação, nas demais pronúncias apresentadas pelo HCUF-P, CHUP e CHUSJ, pronúncia que deverá ser acompanhada de toda a documentação de suporte;

2. Descrevam todas as etapas do processo de transferência inter-hospitalar da utente [MR] do HCUF-P para o CHUP (desde o acionamento do CODU pelo hospital de origem até à admissão da doente no hospital de destino), com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, informação que deverá ser acompanhada de toda a documentação de suporte;

3. Clarifiquem por que motivo a aludida transferência inter-hospitalar (em particular o transporte da utente) foi assegurada pelo CODU-INEM e não pelo hospital de origem (HCUF-P), solicitando-se, em concreto, que esclareçam se foi ativada alguma Via Verde, informação que deverá ser acompanhada de toda a documentação de suporte;

4. Identifiquem as regras de referenciação em vigor em situações como a supra descrita e com base nas quais a utente em apreço foi transferida do HCUF-P para o CHUP (e não para o CHUSJ), informação que deverá ser acompanhada de toda a documentação de suporte;

5. Remetam quaisquer outros esclarecimentos complementares tidos por necessários para apreciação da presente situação;” – Cfr. Ofício, datado de 9 de novembro de 2022, remetido pela ERS ao CODU-INEM.

37. Em resposta ao solicitado, o INEM declarou o seguinte:

“(…) Questão 1:

No dia 15/12/2021, pelas 13h37m, foi recebida no [CODU] do INEM, IP, uma chamada relativa a um pedido de ajuda que deu origem à ocorrência CODU n.º (...), proveniente do [HCUF-P], localizado na União de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, Concelho do Porto.

Em virtude de se ter identificado como médico o contactante que realizou a chamada inicial, a triagem da situação foi devidamente efetuada pelo Médico Regulador de serviço no CODU Norte, Dr. [RM], em cumprimento do Manual de Procedimentos do CODU Nacional em vigor – Cfr. Registos efetuados na cronologia de ocorrência em apreço, cuja cópia aqui se junta para melhor esclarecimento.

O [HCUF-P], à semelhança de outros hospitais privados e Centros de Saúde, não constitui pontos da Rede de Urgência/Emergência definida nos termos e para os efeitos constantes no Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro.

Questão 2:

No âmbito da triagem efetuada, foi transmitida a informação de que se tratava de uma vítima de queda, do sexo feminino, de 77 anos, assistida no serviço de atendimento permanente do [HCUF-P], com traumatismo crânio-encefálico ligeiro, tendo sido atribuída a Prioridade 3, cujo plano de resposta preconiza acionamento de uma ambulância de emergência pelo CODU do INEM, IP.

Assim, às 13h44m foi acionado pelo CODU do INEM, IP, uma ambulância dos Bombeiros Voluntários de Matosinhos Leça, que transportou a utente ao serviço de urgência do hospital de referência, em função do local da ocorrência, sendo, neste caso, o [CHUP], uma vez que o [HCUF-P] se encontra situado na União de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, conforme referido.

Os dados relativos ao transporte desde o local da ocorrência até à admissão no serviço de urgência do [CHUP], encontram-se registados no Verbete de Socorro/Transporte elaborado pela tripulação da ambulância responsável do mesmo, cuja cópia segue em anexo para melhor esclarecimento.

Questão 3:

Na sequência do pedido efetuado pelo [HCUF-P], o transporte da utente foi coordenado e garantido pelo CODU do INEM, IP, em virtude de a unidade hospitalar de origem, sendo privada, não fazer parte dos pontos da Rede de Urgência/Emergência definida nos termos do Anexo ao Despacho n.º 13427/2015, de 20 novembro.

Efetivamente, nos termos do disposto no Ponto 5 do Despacho supra mencionado, o INEM, IP, procede à qualificação do transporte para e entre os pontos da Rede.

Deste modo, as unidades de saúde que não constituem pontos da Rede de Urgência/Emergência definida nos termos do Anexo ao Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro, solicitam apoio ao CODU do INEM, IP, para estabilização dos doentes e encaminham para os pontos da rede de referência, como na situação em apreço.

No que respeito ao pedido de esclarecimento sobre a ativação de alguma Via Verde, refira-se que as situações em que as tripulações dos meios de emergência pré-hospitalar que funcionam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, estão obrigados à

*passagem de dados ao CODU do INEM, IP, encontrando-se determinadas expressamente pela Deliberação do Conselho Diretivo do INEM, IP, n.º 34/2017, de 20 de julho de 2017.*

*De acordo com os registos disponíveis, na situação em apreço não foi ativada qualquer Via Verde relativa à utente transportada, o que é confirmado, designadamente, pela ausência de passagem de dados ao CODU do INEM, IP, pela tripulação da ambulância que efetuou o transporte da utente, o que teria de se verificar para efeitos de ativação de qualquer uma das Via Verde implementadas, em cumprimento da Deliberação n.º 34/2017, de 20 de julho de 2017.*

Questão 4:

*Respondida parcialmente na questão 3.*

*Saliente-se que, a referenciação dos doentes urgentes e emergentes, pelo CODU, no âmbito do SIEM, é efetuada de acordo com o local da ocorrência/do sinistro e não em função da morada de residência do doente assistido. Como tal, a referenciação da utente transportada foi efetuada de acordo com o local onde a vítima se encontrava, in casu, o [HCUF-P].*

*Nesta conformidade, todas as ocorrências localizadas na União de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, Concelho do Porto, têm como unidade hospitalar de referência o [CHUP] e não o [CHUSJ].*

*A este propósito, sublinhe-se que, na própria cronologia da ocorrência, encontra-se registado como hospital de referência para efeitos de transporte ao Serviço de Urgência, o Hospital de Santo António, no Porto.*

Questão n.º 5:

*Em aditamento ao supra exposto, junto se envia cópia da rede de referenciação de Neurocirurgia, nos termos da qual se pode confirmar a regra de referenciação dos doentes assistidos na União de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde (pag. 91), para o CHUP. (...)” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Ofício (e respetivos anexos) de resposta do INEM ao pedido de elementos formulado pela ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.*

38. De facto, em anexo à referida comunicação, foram remetidos os seguintes documentos:

- Verbete Nacional de Socorro atinente à ocorrência da utente MR ora em apreciação;
- Registos efetuados na cronologia do episódio de urgência de MR no dia 15 de dezembro de 2021;

- Cópia da Deliberação do Conselho Diretivo do INEM, IP, n.º 34/2017, de 20 de julho de 2017, a cujo teor adiante se fará menção;
- Cópia da Rede de Referência Hospitalar em Neurocirurgia, a cujo conteúdo se aludirá mais adiante;

– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Ofício (e respetivos anexos) de resposta do INEM ao pedido de elementos formulado pela ERS.

### **III. DO DIREITO**

#### **III.1. Da missão, das atribuições e competências da ERS**

39. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta Entidade Reguladora *“tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*, sinalizando o n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições 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”* (alínea b)); *“[à] legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes”* (alínea c)).
40. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS *“exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social”* (n.º1), estando, assim, sujeitos *“à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas”* (n.º 2).
41. Resulta, pois, inequívoco que o HCUF-P, o CHUP e o CHUSJ são entidades prestadoras de cuidados de saúde, inscritas, ademais, no SRER da ERS sob os números de registo acima identificados, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.

42. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos procede à identificação dos “*objetivos da atividade reguladora da ERS*”, importando destacar, pela sua relevância para os presentes autos de inquérito, os seguintes:
- “*Assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” (alínea b));
  - “*Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” (alínea c));
  - “*Zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*” (alínea d));
  - “*Zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*” (alínea e));
43. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas quatro alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
44. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar 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”.
45. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).
46. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)” (alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (alínea d)).

47. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir 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” (alínea b)).
48. Por sua vez, para efeitos de cumprimento do objetivo enunciado na alínea e) do artigo 10.º, o artigo 15.º sublinha que incumbe à ERS, para além do mais, pronunciar-se e emitir recomendações sobre: “(...) as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, incluindo no que respeita ao acesso à atividade e às relações entre o SNS ou entre sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados, e os prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do setor, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes” (alínea a));.
49. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
50. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º”.
51. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa referir o seguinte:
- “[C]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 750 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1000 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: [o] desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º (artigo 61.º, n.º 1, alínea b) dos Estatutos da ERS);

- *“Constitui contraordenação, punível com coima de (euro) 1000 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1500 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: (...) [a] violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde: (...) [a] violação da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados, sociais, bem como, nos termos da lei, nos estabelecimentos públicos, prevista na alínea d) do artigo 12.º (artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea vi) dos Estatutos da ERS.);*

### **III.2. Da prestação de cuidados de saúde aos utentes dos serviços de saúde**

#### **III.2.A. Em geral**

52. Inserido no Capítulo II (*“Direitos e deveres sociais”*), do Título III (*“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”*), da Parte I (*“Direitos e deveres fundamentais”*) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o *“direito à protecção da saúde”*, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da *“realização da democracia (...) social”* (artigo 2.º da CRP).
53. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, *“[p]ara assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”* (alínea a)) e *“[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade”* (alínea d)).
54. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que *“[o] direito à protecção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”* (n.º 1), pelo que *“[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”* (n.º2).

55. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).
56. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º 1).
57. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial gratuidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h)); “[t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i)) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.
58. Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses”.<sup>1</sup>
59. No que especificamente diz respeito à prestação de cuidados de saúde no sector privado, o n.º 3 da Base 6 ressalva que é competência do Estado assegurar “o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades” que integram o referido sector, acrescentando a Base 19 que:
- “O funcionamento do sistema de saúde não pode pôr em causa o papel central do SNS enquanto garante do cumprimento do direito à saúde.” (n.º 1);

<sup>1</sup> No mesmo sentido aponta o artigo 4.º, n.º 1 do novo estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

- *“A lei prevê os requisitos para a abertura, modificação e funcionamento dos estabelecimentos que prestem cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou do seu titular, com vista a garantir a qualidade e segurança necessárias.” (n.º 2);*

Aqui chegados,

60. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado pelos prestadores de cuidados de saúde:
- (i) Do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
  - (ii) Próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
  - (iii) Próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
  - (iv) Do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
61. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.
62. Ora, tanto o CHUP como o CHUSJ constituem estabelecimentos do SNS (artigo 3.º, n.º 1, alínea b) do novo estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto), ao passo que o HCUF-P integra o setor privado do sistema de saúde, no âmbito do qual constitui trave-mestra a promoção e salvaguarda da liberdade de escolha do utente.
63. Assim, excluindo as situações em que o recurso à prestação de cuidados de saúde no HCUF-P é feito ao abrigo de algum dos acordos ou convenções de que a referida entidade é titular, os utentes que recorrem àquele prestador fazem-no a título particular.
64. Quer isto significar que entre o HCUF-P e tais utentes/clientes se celebra, na prática, um contrato de prestação de serviços, definido no artigo 1154.º do Código Civil (CC) como

*“aquele em que uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição”.*

65. Estabelece-se, pois, uma relação jurídica de natureza contratual que origina a subjacente relação creditícia, isto é, uma vez prestados os serviços pelo HCUF-P, este tornara-se credora dos respetivos utentes/clientes.

66. Ora, no que diz respeito à prova do cumprimento das obrigações, o artigo 787.º do CC esclarece que “[q]uem cumpre a obrigação tem o direito de exigir quitação daquele a quem a prestação é feita, devendo a quitação constar de documento autêntico ou autenticado ou ser provida de reconhecimento notarial, se aquele que cumpriu tiver nisso interesse legítimo” (n.º 1), acrescentando o n.º 2 do mesmo preceito que “[o] autor do cumprimento pode recusar a prestação enquanto a quitação não for dada, assim como pode exigir a quitação depois do cumprimento”.

67. O artigo 786.º do CC estabelece, todavia, três presunções de cumprimento da obrigação, a saber:

*“1. Se o credor der quitação do capital sem reserva dos juros ou de outras prestações acessórias, presume-se que estão pagos os juros ou prestações.*

*2. Sendo devidos juros ou outras prestações periódicas e dando o credor quitação, sem reserva, de uma dessas prestações, presumem-se realizadas as prestações anteriores.*

*3. A entrega voluntária, feita pelo credor ao devedor, do título original do crédito faz presumir a liberação do devedor e dos seus condevedores, solidários ou conjuntos, bem como do fiador e do devedor principal, se o título é entregue a algum destes.”*

### **III.2.B. Da Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Neurocirurgia**

68. Tal como atrás se fez notar, o SNS deve assegurar os cuidados necessários para a promoção da saúde, a prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes (Base 2, n.º 1, alínea b) e Base 20, n.º 2, alínea b) da LBS).

69. Neste sentido, ao abrigo do princípio da generalidade que o caracteriza, o SNS deve estar organizado de forma a garantir o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde de que necessitem, sejam eles primários, hospitalares, continuados integrados ou paliativos.

70. Para o efeito, o SNS deverá assegurar o funcionamento articulado, integrado e em rede das unidades que o compõem, de maneira a garantir que qualquer utente tenha acesso aos cuidados de saúde de que efetivamente precise.

71. Por ser assim, e sem esquecer a necessária cobertura racional e eficiente de recursos em saúde (Base 20, n.º 2, alíneas d) e g) da LBS), o n.º 2 da Base 22 estabelece que “[a] organização e funcionamento do SNS sustenta-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersetorial”.
72. Ora, uma das dimensões específicas do princípio da generalidade do SNS reporta-se, precisamente, à necessidade de garantir uma correta referenciação de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.
73. Com efeito, as RRH constituem 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.
74. Assim sendo, não poderá constituir surpresa se se disser que o incumprimento do disposto em cada uma das RRH ou o seu funcionamento deficiente tem um impacto negativo no acesso dos utentes aos cuidados de saúde de que carecem, podendo nuns casos inviabilizar, de todo, aquele acesso e, noutros casos, determinar um acesso tardio e/ou inadequado.
- Isto posto,
75. A cada estabelecimento hospitalar que integra a rede deve ser atribuído, por um lado, uma área geográfica e populacional de influência e, por outro, um papel específico na área assistencial, devendo ser promovido um trabalho de articulação quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.
76. De facto, a organização do SNS assenta numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, de molde a garantir que o SNS é, não somente de iure, mas também de facto, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde organizado e hierarquizado.
77. Deste modo, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o seu específico quadro de competências e atribuições no âmbito da rede – ou, de uma outra perspetiva, o que de si é esperado -, sem prejuízo, como atrás se fez notar, do dever de articulação e de complementaridade com os demais intervenientes (unidades de cuidados primários e outros estabelecimentos hospitalares), considerando os recursos disponíveis, as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, segundo uma lógica de gestão racional e eficiente.

78. Do que fica dito, temos que 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.

79. Do supra exposto resulta não só a obrigatoriedade de as unidades hospitalares referenciarem os respetivos utentes, mas também a obrigatoriedade do estabelecimento hospitalar de referência aceitar receber os utentes transferidos de outros hospitais.

Aqui chegados,

80. No dia 20 de maio de 2016, entrou em vigor a Portaria 147/2016, de 19 de maio, que *“estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, tendo como princípio a definição das Redes de Referenciação Hospitalar (RRH)”* (artigo 1.º, n.º 1) e *“define ainda o processo de criação e revisão das RRH”* (artigo 1.º, n.º 2)

81. Dispõe o n.º 1 do artigo 3.º que *“[o]s hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde classificam-se em grupos, de acordo com as respetivas especialidades desenvolvidas, a população abrangida, a capacidade de formação, a diferenciação dos recursos humanos, o modelo de financiamento, a classificação dos seus serviços de urgência e a complexidade da produção hospitalar”*, acrescentando o n.º 2 do mesmo preceito que *“[a]s especialidades são incluídas nos respetivos grupos de classificação das instituições hospitalares por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, após concluído o processo de aprovação de todas as RRH”*.

82. Por outro lado, o artigo 5.º da referida Portaria esclarece que *“[a] referenciação de doentes entre instituições hospitalares do SNS, conforme a diferenciação técnica dos cuidados de saúde a realizar no âmbito de cada especialidade, decorre das regras estabelecidas para cada RRH”*, sendo que *“[a]s RRH a vigorar no SNS são as elencadas no anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante”* (artigo 2.º, n.º 1).

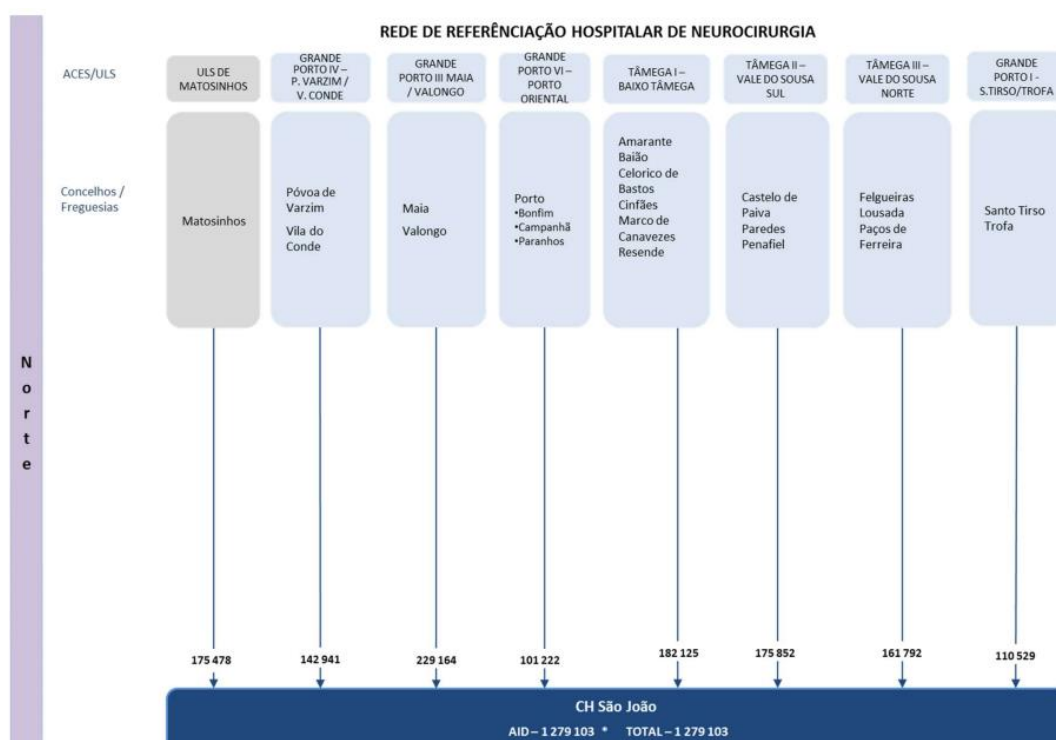
83. De entre as RRH elencadas naquele anexo, destaca-se a RRH em Neurocirurgia<sup>2</sup>, aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 6 de setembro de 2017.

---

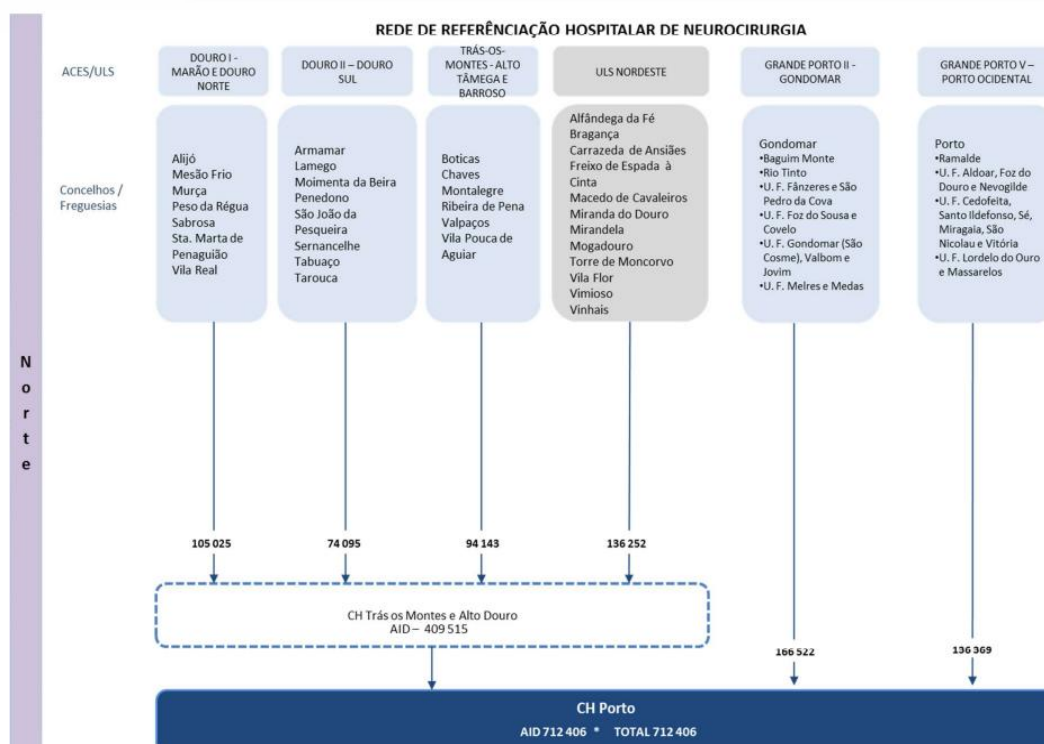
<sup>2</sup> Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/09/RRH-Neurocirurgia-Aprovada-a-6-setembro-2017.pdf> .

84. Conforme se pode ler no mencionado documento, “[e]m Junho de 2016 existiam 12 Serviços de Neurocirurgia nos hospitais do SNS do Continente, dispondo de internamento, consulta, bloco operatório e cuidados intensivos”, dos quais cinco integram a área de influência da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS-N), entre eles o CHUP e o CHUSJ.

85. De acordo com aquele documento, encontram-se em vigor, entre outras, as seguintes RRH em Neurocirurgia:



(...)



### III.2.C. Do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e dos pontos da Rede de Urgência/Emergência

86. O Despacho do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 11 de agosto veio determinar a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), tendo ainda estabelecido padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação (artigo 1.º).
87. Assim, dispõe o seu artigo 2.º que “[a] Rede de SU integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: “[s]erviço de Urgência Básico (SUB)” [alínea a)]; “[s]erviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)” [alínea b)]; “[s]erviço de Urgência Polivalente (SUP)” [alínea c)].
88. No que especificamente diz respeito aos SUP, o artigo 5.º esclarece que este é “o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (n.º 1), tendo sido definida “uma rede com cerca de 10 a 13 SUP, segundo um rácio de um SUP por cada 750.000 - 1.000.000 habitantes” (n.º 2).

89. Acrescenta ainda o n.º 3 do mencionado artigo 5.º, que o SUP deve dar resposta específica, entre outras, à valência de “*neurocirurgia*” (alínea a)), esclarecendo o n.º 4 que “[n]os 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”.
90. Por outro lado, o artigo 18.º do Despacho ora em apreciação sinaliza que “[t]odos os utentes em situações de urgência e/ou emergência de foro de saúde devem procurar a entrada no SIEM e nos diferentes serviços que o sistema nacional de saúde disponibiliza para abordagem e tratamento de situações agudas, urgentes ou emergentes, através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento de doentes disponibilizados, nomeadamente os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)<sup>3</sup> do INEM, e a Linha Saúde 24, da Direção-Geral da Saúde” (n.º 1).
91. Com efeito, “[o] acesso aos CODU faz-se, obrigatoriamente, através de uma chamada de emergência, via número europeu de emergência (112) e deve ser utilizada sempre que a situação seja, aparentemente, uma emergência médica” (n.º 2, 1.ª parte).
92. Assim, “[n]os CODU será realizada a triagem telefónica de emergência médica, com definição das prioridades da situação, o aconselhamento médico, o acionamento de meios de emergência, se e quando necessários, e a orientação dos doentes na Rede de SU, redes de referência específicas de urgência e Vias Verdes existentes, conforme Despacho n.º 14041/2012, de 29 outubro e, quando apropriado, a passagem à Linha Saúde 24” (n.º 2, 2.ª parte).
93. Além disso, o n.º 4 do mencionado artigo 18.º sinaliza que “[o]s SU devem criar e implementar sistemas de receção e fácil consulta da informação proveniente destas centrais, integrando-as nos seus processos clínicos individuais, bem como organizar e implementar sistemas expeditos de resposta aos doentes encaminhados por estes dois sistemas, respeitando as especificidades de cada um e atendendo à urgência relativa dos doentes”.

---

<sup>3</sup> Nos termos do disposto no Despacho n.º 14041/2012, de 29 de outubro, o CODU “é uma estrutura de coordenação operacional centralizada de toda a atividade do [SIEM]” (n.º 1), sendo-lhe atribuídas, entre outras, as seguintes competências: “[g]arantir a triagem médica de todas as chamadas de emergência da área da Saúde, que lhe são encaminhadas pelo número europeu de emergência (112)” (alínea a)); “[r]ealizar a triagem médica segundo algoritmos de decisão definidos pelo INEM, I. P., com base na melhor evidência científica e validada por peritos” (alínea b)); “[r]ealizar, após triagem, o acionamento dos meios de emergência médica considerados necessários e adequados para cada situação” (alínea c)); e “[c]oordenar a decisão sobre a 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” (alínea f)).

94. Por seu turno, o artigo 19.º procede à definição da rede de referência de urgência e emergência, o que faz nos seguintes termos: “o mapa das estruturas, dos recursos e das valências, das relações de complementaridade, hierarquização e de apoio técnico, dos circuitos e das condições de articulação e de referência entre unidades do sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, constituindo estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar.” (n.º 1).
95. Deste modo, esta rede de referência “deve incluir as relações entre os sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência e as unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários ou Hospitalares sem Serviço de Urgência”, encontrando-se vinculada ao cumprimento dos seguintes objetivos (n.º 3):
- “a) Garantir a acessibilidade aos diferentes Pontos de Rede, nos tempos de trajeto indicativos e objetivos alvo definidos para o efeito;
  - b) Encaminhar o doente para o Ponto de Rede mais próximo e adequado à sua situação clínica (não necessariamente o de maior proximidade);
  - c) Assegurar o bom funcionamento das VV existentes (Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sepsis e Trauma);
  - d) Promover a concentração de recursos humanos e tecnológicos, numa lógica de trabalho integrado em cada região;
  - e) Sistematizar e planear a capacidade de acompanhamento e transporte pré e interunidades de saúde;
  - f) Diminuir o número de transportes secundários que não implicam benefício para o doente;
  - g) Promover que o tempo entre o início da doença, o tratamento definitivo e o regresso à vida ativa, seja o mais curto possível;
  - h) Ser um instrumento essencial na clarificação das populações servidas por cada unidade e tipo de urgência, a determinação da casuística esperada, a organização das Equipas de profissionais necessárias e a planificação dos investimentos regionais.”
96. Tal como acima se fez notar, “[a] Rede de Referência genérica e as Redes de Referência específicas para as quatro VV e para competências ou procedimentos específicos, sua monitorização e avaliação, bem como os pontos de referência que integram as redes serão determinados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta conjunta das Administrações Regionais de Saúde, num

*processo que deve envolver o INEM, a DGS e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), tendo em conta a avaliação e as recomendações realizadas pela CRRNEU” (n.º 4).*

97. Não obstante, o n.º 6 do mencionado artigo 19.º adverte que “[d]a definição das Redes de Referência genéricas e específicas deve resultar uma Rede Nacional de Referência de Urgência/Emergência Médica, sobre a qual se regem os Sistemas de Coordenação Regionais do INEM, para a identificação dos destinos apropriados (com as valências médicas e cirúrgicas indicadas para a situação), das vagas existentes (camas em unidades especializadas) e dos meios de transporte terrestres e aéreos disponíveis”.
98. Finalmente, importa ainda aludir ao Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro, através do qual “[s]ão definidos e classificados os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência, constantes do anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante”.
99. Conforme se pode ler no n.º 2 deste Despacho, “[d]e acordo com a carta hospitalar, as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS) definem a delimitação geográfica das zonas de assistência preferencial para cada serviço de urgência e podem acordar entre si partilhas de áreas de sobreposição regional, tendo em conta o interesse dos utentes, que submetem à autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde”.
100. Consultado o anexo no n.º 1 do Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro, e no que especificamente concerne aos Pontos de Rede atinentes à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., temos que são aí identificados o Hospital Geral de Santo António, que integra o CHUP (“SUP”), e o Hospital de S. João, que integra o CHUSJ (“Com CT SUP”).
101. Por outras palavras, tal como referido pelo INEM no ofício acima identificado, o HCUF-P não constitui ponto da rede de urgência e emergência nos termos do disposto no Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro.
102. Uma nota final para sublinhar que o n.º 5 deste Despacho atribui ao INEM a competência de proceder “*planificação do transporte para e entre os pontos da Rede, bem como ao respetivo investimento*”.

### **III.3. Da transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde**

#### **III.3.A. Em geral**

103. Da experiência regulatória e de supervisão da ERS resulta que parte significativa dos constrangimentos ao direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde está relacionada com o processo de transferência inter-hospitalar de utentes, como sucede, aliás, nos casos em apreço nos presentes autos.
104. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou o Regulamento 964/2020 (doravante Regulamento) - publicado em Diário da República no dia 3 de novembro de 2020 (2.ª Série, n.º 214, páginas 115 a 121) -, que *“estabelece as regras aplicáveis ao processo de transferência de utentes e define os mecanismos organizacionais que possibilitam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”* (artigo 1.º).
105. Conforme se pode ler no seu preâmbulo, o aludido Regulamento visa *“harmonizar os procedimentos existentes em matéria de transferência de utentes, através da instituição de um conjunto de regras, de cariz imperativo, que estabeleçam uma disciplina geral sobre os princípios, obrigações e boas práticas subjacentes ao processo de transferência de utentes e, bem assim, definir as condições de organização, coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*.
106. Na verdade, *“a opção pela aprovação de um regulamento com eficácia externa [permite] fixar as regras mínimas a observar sempre que ocorre uma transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conferindo, dessa forma, maior certeza e segurança a todos os intervenientes na sua concretização e, conseqüentemente, maior proteção aos direitos dos utentes”* – Cfr. Preâmbulo do aludido Regulamento.
107. Uma vez que o referido Regulamento já se encontrava em vigor à data dos factos em apreciação *in casu*, justifica-se a sua abordagem autónoma na presente deliberação, tendo em conta a atuação regulatória e de supervisão que, a final, se propõe adotar.
108. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.
109. Em primeiro lugar, importa sublinhar que *“as regras e princípios constantes do [...] regulamento são aplicáveis a todas as transferências físicas de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, sempre que as mesmas determinem uma transmissão de responsabilidade, temporária ou definitiva, sobre os cuidados de saúde a prestar, nomeadamente: a) [a]s transferências no decurso da*

*prestação de cuidados de saúde urgentes; b) [a]s transferências no decurso de situações de agudização do estado de saúde de utentes internados; c) [a]s transferências programadas para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade.” (artigo 2.º, n.º 1 do Regulamento).*

110. Em segundo lugar, impõe-se esclarecer que “[a] decisão de transferência de utentes é um ato médico, devendo ser fundamentada e tomada sempre que se verifiquem pelo menos duas das seguintes situações: a) [a] condição clínica do utente o justifique; b) [d]ecorra de pedido expresso do utente; c) [d]a mesma resulte um benefício para o utente” (n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento).

111. Em concretização do disposto no n.º 1, o n.º 2 daquele artigo 7.º esclarece que “(...) o estabelecimento de origem deve ponderar: a) [o]s benefícios da transferência para a condição clínica do utente, bem como os riscos associados ao transporte; b) [a]s potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do utente”.

112. É que, como sinaliza o n.º 3 do artigo 7.º do Regulamento, “[a] decisão de transferência do utente, a escolha da equipa de acompanhamento e do meio de transporte são da responsabilidade do estabelecimento de origem, devendo ser aptas a garantir a integração, qualidade e continuidade do nível de cuidados de saúde”.

113. Em suma, como muito bem sintetiza o n.º 2 do artigo 6.º do Regulamento, “[o] procedimento de transferência de utentes deve ter por base a articulação entre os diversos níveis e tipos de cuidados, numa lógica de complementaridade entre as entidades que integram o sistema de saúde”.

114. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem<sup>4</sup> (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino<sup>5</sup> (artigo 5.º).

115. Assim, compete, desde logo, ao estabelecimento de origem “[e]stabelecer um contacto prévio [preferencialmente telefónico] com o responsável do estabelecimento de destino, descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e

---

<sup>4</sup> Isto é, “o estabelecimento prestador de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo ou social onde é elaborado o primeiro plano de cuidados ao utente perante determinada necessidade concreta de prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea c) do artigo 3.º do Regulamento.

<sup>5</sup> Ou seja, “estabelecimento prestador de cuidados de saúde do sector público, privado, cooperativo ou social para onde é transferido o utente para continuação da prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea d) do artigo 3.º do Regulamento.

*confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente*” – Cfr. Artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1 do Regulamento.

116. Devendo, ademais, *“ser devidamente registada no processo clínico do utente a identificação dos responsáveis na origem e no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado nos termos do n.º 1, bem como a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente”* – Cfr. Artigo 8.º, n.º 2 do Regulamento.
117. Ora, além das razões da transferência, o estabelecimento de origem tem ainda a obrigação de esclarecer, entre outros, o utente e o seu acompanhante, sobre os termos em que a continuidade da prestação de cuidados de saúde fica garantida no estabelecimento de destino – Cfr. Artigo 12.º, n.º 1 do Regulamento.
118. Para efeitos de operacionalização da transferência, o estabelecimento de origem, sempre que possível antes de a mesma ser concretizada, deverá obrigatoriamente comunicar, entre outros, ao utente e ao acompanhante, através de contacto pessoal ou telefónico, a necessidade daquela transferência e a identificação do estabelecimento de destino, devendo todas estas comunicações ficar registadas no processo clínico do utente – Cfr. Artigo 12.º, n.º 2 e 3 do Regulamento.
119. Compete, ademais, ao estabelecimento de origem “c) [g]arantir a preparação atempada do processo de transferência e supervisionar o envio do relatório clínico do utente, devidamente instruído, para o estabelecimento de destino, incluindo imagem em registo digital; d) [t]ransferir o utente para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, com a respetiva carta de acompanhamento<sup>6</sup> da transferência, a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de fatores de risco acrescido e, quando aplicável, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, que permita ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde; e) [a] coordenação e a responsabilidade operacional pela transferência do utente, incluindo a garantia de transporte que permita a sua concretização; f) [a]ssegurar a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, em tempo útil e adequado a garantir a integração, continuidade e qualidade

---

<sup>6</sup>Quer dizer, “o documento onde consta a ordem de transferência do utente, o motivo subjacente à transferência, a informação relativa à situação clínica do utente (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar), o estabelecimento de destino, o ponto de contacto no estabelecimento de destino responsável pela aceitação da transferência, o tipo de transporte, a designação do pessoal e equipamentos necessários, as terapêuticas que devam ser asseguradas durante o transporte e a identificação do responsável no estabelecimento de origem” – Cfr. Alínea a) do artigo 3.º do Regulamento.

*dos cuidados de saúde prestados, e que o transporte se faça com utilização dos recursos humanos e materiais necessários (...)* – Cfr. Artigos 4.º, alíneas c) a f) e 11.º do Regulamento.

120. Por ser assim, o estabelecimento de origem, além do planeamento do transporte de acordo com o estado clínico do utente, devem, ainda, *“(...) garantir, em permanência, a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, incluindo equipa de acompanhamento adequada à situação clínica do utente, de modo a não colocar em causa o acesso em tempo útil, a integração, a continuidade e o nível e qualidade dos cuidados de saúde prestados, devendo igualmente ser salvaguardada a dignidade dos utentes, designadamente daqueles em situações de maior vulnerabilidade, cuja condição clínica não se compadeça com elevados tempos de espera”* – Cfr. Artigo 9.º, n.ºs 1 e 4 do Regulamento.
121. O transporte do utente fica, pois, *“(...) a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento de entrega do utente ao responsável clínico do estabelecimento de destino”* – Cfr. Artigo 9.º, n.º 5 do Regulamento.
122. Adverte, contudo, o artigo 10.º que *“[s]empre que o utente, o seu representante legal ou procurador de saúde, por qualquer razão, recuse o transporte e entenda deslocar-se em viatura própria, deve ser preenchido e assinado um Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte, que deverá ficar registado no processo clínico do utente”* (n.º 1), sendo que, nestes casos, *“o Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte deverá prever a possibilidade de ficar registado que a mesma foi uma opção do utente em virtude da indisponibilidade imediata de meios para efetivação do transporte”* (n.º 2).
123. Além disso, nestas situações o estabelecimento de origem devem, por um lado, *“dar prévio conhecimento ao estabelecimento de destino, através de contacto direto, da recusa de transporte pelo utente e da deslocação do mesmo em viatura própria”* (n.º 3) e, por outro, *“garantir que o utente se faça acompanhar da carta de acompanhamento da transferência, que contenha a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados”* (n.º 4).
124. Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: *“a) [r]eceptar o utente de acordo com o que tiver ficado estabelecido no contacto prévio com o responsável do estabelecimento de origem, efetuado nos termos do disposto no artigo 8.º; b) [a]bster-se de adotar qualquer comportamento que dificulte o regular funcionamento das redes de referência hospitalar instituídas no âmbito do SNS; c) [g]arantir, em tempo útil, a continuidade e nível dos cuidados de saúde necessários e adequados à situação específica*

do utente; d) [a]ssegurar a disponibilidade de condições físicas, técnicas e humanas à prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessite.” – Cfr. Artigo 5.º do Regulamento.

125. Particularmente relevante para as situações em apreciação no presente processo de inquérito é o disposto nos n.ºs 1 e 3 do artigo 6.º.

126. De facto, aí se esclarece que “[a] transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor público e/ou a transferência de utentes de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, cooperativo ou social para o setor público deve obedecer às regras e estrutura das redes de referência legalmente constituídas” (n.º 1).

127. Não obstante, “[n]a falta de capacidade de resposta do estabelecimento de referência, a responsabilidade pela procura de vaga adequada à efetivação da transferência será do estabelecimento de origem, salvaguardando-se as competências atribuídas ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM), em matéria de referência secundária de doentes urgentes e ou emergentes, nos termos do disposto no Despacho n.º 14041/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 209, de 29 de outubro de 2012” (n.º 3).

128. Uma nota final para sublinhar que, como adverte o artigo 13.º do Regulamento, “[a] violação do disposto no presente regulamento é sancionável nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º, ex vi do artigo 17.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto – Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto”.

### **III.3.B. Da transferência inter-hospitalar de mulheres grávidas**

129. No dia 19 de julho de 2022<sup>7</sup>, a Direção-Geral de Saúde publicou a Orientação n.º 006/2022<sup>8</sup>, que versa precisamente sobre o “[a]companhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar”.

130. No n.º 1 da referida Orientação estatui-se que “[a] transferência de mulheres grávidas entre unidades de saúde (inter-hospitalar) deve ser decidida após avaliação de risco materno e fetal pela equipa multidisciplinar de Obstetrícia e Ginecologia e de Neonatologia

<sup>7</sup> Isto é, em data posterior à ocorrência dos factos em apreciação nos presentes autos.

<sup>8</sup> Disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0062022-de-19072022-pdf.aspx>.

*da instituição de origem, cabendo a decisão final ao Chefe da Equipa Médica da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do hospital de origem*

*a. A avaliação do risco necessita de contemplar não só os critérios de ordem clínica maternos e fetais, como também os de ordem logística (recursos disponíveis) e a duração expectável do transporte.*

*b. Em todas as situações de transferência inter-hospitalar deve ser assegurada previamente a existência de capacidade de acolhimento da grávida e do recém-nascido no hospital recetor, ficando claramente identificado no processo clínico o nome do(s) médico(s) que aceitou(aram) receber a grávida e o(s) nascituro(s).*

*c. A grávida deve ser sempre acompanhada de informação clínica em envelope selado, a ser entregue em mão aos profissionais de saúde do hospital recetor.*

*d. É da responsabilidade do Chefe da Equipa Médica da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do hospital de origem assegurar que a grávida e o elemento da família/acompanhante que ela indicar, são adequadamente informados do transporte a realizar para o hospital recetor, bem como do motivo do mesmo, antes desse transporte ocorrer.”*

131. Por seu turno, adverte-se ainda que em “[s]ituações avaliadas como de **muito baixo risco clínico**”, isto é, “[s]ituações clínicas estáveis, com risco muito reduzido de ocorrerem complicações durante o transporte inter-hospitalar, sem risco previsível de o parto ocorrer durante esse transporte, e sem necessidade previsível de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica durante a viagem:

*a. Não é necessário solicitar uma ambulância medicalizada para transporte e a grávida não necessita de acompanhamento por profissionais de saúde de Ginecologia e Obstetrícia do hospital de origem.*

*b. Caso surjam complicações imprevistas durante a transferência, deverá ser contactado o CODU através do 112.” – Cfr. N.º 2 da mencionada Orientação.*

132. Em desenvolvimento do preceituado naquele n.º 2, clarifica-se que “[p]erante situações clínicas estáveis e com risco muito baixo de complicações de saúde durante o transporte inter-hospitalar, considera-se que a salvaguarda da saúde materno-fetal pode ficar a cargo dos profissionais do transporte que a acompanham”.

133. Acrescenta ainda o n.º 6 da Orientação da DGS n.º 006/2022 que “[c]ada instituição deverá ter uma norma de procedimento própria dirigida ao transporte inter-hospitalar que deverá contemplar:

*i. Fluxograma de atuação conforme avaliação de risco (incluindo indicação dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento do transporte inter-hospitalar).*

*ii. Composição da “mala de transporte”, que deve incluir equipamentos e medicação necessários para o apoio ao parto e à assistência ao recém-nascido, e que acompanhará os profissionais de saúde do hospital de origem em todas as situações de transporte inter-hospitalar de grávidas”.*

### **III.4. Dos direitos do utente dos serviços de saúde**

#### **III.4.A. Acesso e adequação dos cuidados de saúde**

134. Estabelece a alínea b) da Base 2 da LBS que “todas as pessoas têm direito [a] aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”.

135. Com efeito, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.

136. Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados, traduzindo uma preocupação evidente em garantir que, em cada uma das concretas fases do tratamento, aqueles cuidados são prestados num hiato temporal razoável.

137. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.

138. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os “*Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde*”.
139. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito a “*a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita*” (n.º 1) e “*à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).
140. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantíssimos critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser “*prestados humanamente e com respeito pelo utente*”, o que evidencia, uma vez mais, a interligação fortíssima entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.
141. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, temporal e qualitativa.
142. Ora, a vertente económica implica que o acesso aos cuidados de saúde não fique dependente das condições económico-financeiras dos utentes, estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados.
143. De uma outra perspetiva, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do País (vertente geográfica).
144. Já a vertente temporal do direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.
145. Finalmente, numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.

### **III.4.B. Informação e liberdade de escolha**

#### **Em geral**

146. Um dos direitos estruturantes que é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde reconduz-se à liberdade de escolha, a qual poderá ser compreendida numa dupla aceção.
147. Por um lado, a liberdade de “[e]scolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes” – Cfr. Alínea c) do n.º 2 da nova LBS<sup>9</sup> e artigo 2.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).
148. Por outro lado, a liberdade de “[d]ecidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde (...)” – Cfr. Alínea f) do n.º 2 da nova LBS<sup>10</sup> e artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).
149. Ora, a garantia efetiva da liberdade de escolha pressupõe o reconhecimento cumulativo de um outro importantíssimo direito dos utentes: o direito à informação.
150. Assim, a alínea e) do n.º 2 da nova LBS<sup>11</sup> reconhece a todas as pessoas o direito a “[s]er informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” – Cfr. No mesmo sentido o artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
151. Quer dizer, o utente tem direito a ser plenamente informado sobre todos os dados relativos ao seu estado de saúde, nomeadamente no que tange aos tratamentos a que vai ser submetido e aos seus respetivos riscos e benefícios, às alternativas possíveis, aos efeitos em caso de recusa de tratamento, bem como ao diagnóstico, ao prognóstico e aos progressos que se forem verificando na sua situação.
152. A natureza específica da prestação de cuidados de saúde e, bem assim, a necessidade imperiosa de salvaguardar os direitos e interesses dos (potenciais) utentes, exige, pois, que a informação à disposição destes, e que é transmitida pelos prestadores, seja particularmente rigorosa e fidedigna, de molde a assegurar o respeito pelas normas de transparência vigentes.
153. É que a relação estabelecida entre prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência, devendo tais princípios

---

<sup>9</sup> Cfr. Alínea a) da Base XIV da anterior LBS.

<sup>10</sup> Cfr. Alínea b) da Base XIV da anterior LBS.

<sup>11</sup> Cfr. Alínea e) da Base XIV da anterior LBS .

revelar-se em todos os momentos da relação, incluindo nos que antecedem a própria prestação de cuidados de saúde.

154. Com efeito, a informação no setor da saúde deve ser transmitida com verdade, com antecedência (de maneira a não colocar o utente numa situação de pressão quanto à decisão a tomar), de forma clara, adaptada à sua capacidade de compreensão, contendo todos os elementos necessários à ponderação e decisão do utente.

155. Quando assim não sucede, é a própria liberdade de escolha (onde se inclui a possibilidade de escolher o agente prestador de cuidados de saúde) do utente que é cerceada, pois que a escolha só poderá considerar-se verdadeiramente livre se o utente se encontrar devidamente informado.

156. Deste modo, importa assegurar que, em momento anterior à prestação de cuidados de saúde, os utentes são devidamente informados sobre a natureza e o âmbito dos serviços a prestar, designadamente sobre os recursos disponíveis e as questões financeiras (por exemplo, eventuais encargos) e logísticas associadas.

157. Na verdade, as repercussões administrativas, logísticas e financeiras que a prestação de cuidados de saúde pode importar devem ser transmitidas ao utente, nomeadamente as informações sobre:

- Os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários;
- As regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS;
- As autorizações prévias a emitir por entidades terceiras;
- Os preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa;
- A natureza e regras da convenção que o prestador de saúde tenha celebrado com um qualquer subsistema de saúde, que abranja o pagamento ou o reembolso dos valores devidos pela execução dos atos propostos.

158. Esta informação pode ser relevante, não só para a decisão do utente quanto à prestação de cuidados de saúde em concreto, mas ainda para que o mesmo, perante os dados que lhe foram dados a conhecer, possa escolher livremente o agente prestador dos cuidados de saúde a que irá recorrer (público, privado ou do sector social).

159. Acresce que o utente, na relação estabelecida com entidades prestadoras de cuidados de saúde do sector privado e social, assume a qualidade de consumidor, isto é, *“aquele a quem [são] fornecidos bens, prestados serviços ou transmitidos quaisquer direitos,*

*destinados a uso não profissional, por pessoa que exerça com carácter profissional uma actividade económica que vise a obtenção de benefícios.” – Cfr. n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 24/96, de 31 de julho (Lei de defesa do consumidor).*

160. Nesse seguimento, deve ter-se presente que “[o] consumidor tem direito: (...) d) [à] informação para o consumo; e) [à] protecção dos interesses económicos; f) [à] prevenção e à reparação dos danos patrimoniais ou não patrimoniais que resultem da ofensa de interesses ou direitos individuais homogêneos, colectivos ou difusos [...]” – Cfr. artigo 3.º do mencionado diploma legal.

161. No que especificamente diz respeito ao direito à informação, importa fazer referência à evolução legislativa verificada nos últimos anos.

162. Na sua primeira redacção (introduzida pela Lei n.º 24/96, de 31 de julho), o n.º 1 do artigo 8.º dispunha que “[o] fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto nas negociações como na celebração de um contrato, informar de forma clara, objectiva e adequada o consumidor, nomeadamente, sobre características, composição e preço do bem ou serviço, bem como sobre o período de vigência do contrato, garantias, prazos de entrega e assistência após o negócio jurídico”.

163. Com a entrada em vigor, em 28 de abril de 2013 (artigo 7.º), da Lei n.º 10/2013, de 28 de janeiro, que procedeu à alteração da Lei de defesa do consumidor, o n.º 1 do referido artigo 8.º passou a estabelecer que “[o] fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto na fase de negociações como na fase de celebração de um contrato, informar de forma clara, objetiva e adequada o consumidor, nomeadamente sobre características, composição e preço do bem ou serviço, bem como sobre o período de vigência do contrato, garantias, prazos de entrega e assistência após o negócio jurídico **e consequências do não pagamento do preço do bem ou serviço**” – Negrito e sublinhado nosso.

164. Todavia, as alterações mais significativas ao mencionado preceito foram introduzidas pela Lei n.º 47/2014, de 28 de julho<sup>12</sup>.

165. Assim, o n.º 1 do artigo 8.º da Lei de defesa do consumidor passou a dispor o seguinte:

*“O fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto na fase de negociações como na fase de celebração de um contrato, informar o consumidor de forma clara, objetiva e adequada, a não ser que essa informação resulte de forma clara e evidente do contexto, nomeadamente sobre:*

<sup>12</sup> Em vigor desde o dia 29 de julho de 2014 (artigo 8.º).

- a) *As características principais dos bens ou serviços, tendo em conta o suporte utilizado para o efeito e considerando os bens ou serviços em causa;*
- b) *A identidade do fornecedor de bens ou prestador de serviços, nomeadamente o seu nome, firma ou denominação social, endereço geográfico no qual está estabelecido e número de telefone;*
- c) *O preço total dos bens ou serviços, incluindo os montantes das taxas e impostos, os encargos suplementares de transporte e as despesas de entrega e postais, quando for o caso;*
- d) *O modo de cálculo do preço, nos casos em que, devido à natureza do bem ou serviço, o preço não puder ser calculado antes da celebração do contrato;*
- e) *A indicação de que podem ser exigíveis encargos suplementares postais, de transporte ou de entrega e quaisquer outros custos, nos casos em que tais encargos não puderem ser razoavelmente calculados antes da celebração do contrato;*
- f) *As modalidades de pagamento, de entrega ou de execução e o prazo de entrega do bem ou da prestação do serviço, quando for o caso;*
- g) *O sistema de tratamento de reclamações dos consumidores pelo profissional, bem como, quando for o caso, sobre os centros de arbitragem de conflitos de consumo de que o profissional seja aderente, e sobre a existência de arbitragem necessária;*
- h) *O período de vigência do contrato, quando for o caso, ou, se o contrato for de duração indeterminada ou de renovação automática, as condições para a sua denúncia ou não renovação, bem como as respetivas consequências, incluindo, se for o caso, o regime de contrapartidas previstas para a cessação antecipada dos contratos que estabeleçam períodos contratuais mínimos;*
- i) *A existência de garantia de conformidade dos bens, com a indicação do respetivo prazo, e, quando for o caso, a existência de serviços pós-venda e de garantias comerciais, com descrição das suas condições;*
- j) *A funcionalidade dos conteúdos digitais, nomeadamente o seu modo de utilização e a existência ou inexistência de restrições técnicas, incluindo as medidas de proteção técnica, quando for o caso;*
- k) *Qualquer interoperabilidade relevante dos conteúdos digitais, quando for o caso, com equipamentos e programas informáticos de que o fornecedor ou prestador tenha ou possa*

*razoavelmente ter conhecimento, nomeadamente quanto ao sistema operativo, a versão necessária e as características do equipamento;*

*l) As consequências do não pagamento do preço do bem ou serviço.”.*

166. Efetivamente, a informação sobre orçamentos, preços dos cuidados de saúde a prestar e responsabilidade pelo seu pagamento assume especial relevância, face às repercussões financeiras daí resultantes para os utentes.
167. Deste modo, as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem assegurar que é transmitida aos utentes uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente dos atos clínicos, exames, consumíveis e fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, e cujo pagamento lhes seja exigível.
168. Por outro lado, sempre que não se afigure possível estimar a totalidade dos atos, exames, consumíveis ou fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, os utentes devem ser claramente informados e advertidos da relevância no custo total dessa impossibilidade de estimativa, coibindo-se as entidades prestadoras de cuidados de saúde de apresentarem estimativas incompletas ou orçamentos de episódios de tratamento.
169. Assim, se o utente necessita de um tratamento prolongado, que englobe a prática de vários e distintos atos clínicos, o prestador deve informar previamente o utente do custo global de todo o tratamento, e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento.
170. O utente deve saber, com o maior rigor e aproximação possível, qual o custo total do tratamento e da intervenção que lhe é proposta, por forma a poder confirmar se tem capacidade para suportar tais custos, por si próprio ou através de um qualquer subsistema ou contrato de seguro de que seja titular.
171. Como se percebe, o direito à informação (e o concomitante dever de informar) assume(m) importância fundamental e estruturante da relação estabelecida entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes.
172. Na verdade, o direito do utente à informação deve modelar todo o quadro de relações, atuais e potenciais, entre utentes e prestadores de cuidados de saúde.

173. Neste sentido, para que os princípios da transparência e lealdade vigentes em matéria de relações utente-prestador sejam respeitados, a informação, ressalva-se, não pode deixar de ser completa, verdadeira e inteligível.
174. Analisada a situação de um outro ponto de vista, resulta inequívoco que o incumprimento do dever de informar ou a transmissão de informação errónea ou incompleta revelam-se idóneas para distorcer o exercício da liberdade de escolha dos utentes, podendo mesmo facilitar (e até criar) situações de lesão de direitos e interesses financeiros dos utentes.
175. É que o direito do utente à informação constitui também um elemento fundamental para a construção e solidificação da relação de confiança que deve estabelecer-se entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes, uma relação, como é consabido, que é assimétrica por natureza no que diz respeito aos conhecimentos (técnicos, legais, administrativos, etc.) que ambas as partes dispõem.
176. Efetivamente, na larguíssima maioria das situações, o utente não dispõe da informação (por vezes, mínima) com relevo para a ponderação e decisão que lhe compete, razão pela qual, regra geral, delega essa decisão numa outra entidade que possui essa informação: o agente da oferta, ou mais concretamente, o profissional de saúde;
177. Ora, nesta delegação de direitos de propriedade sobre o consumo – que, em boa verdade, consubstancia uma relação de agência, na qual o agente é o representante do principal (utente consumidor) –, exige-se que a decisão sobre o consumo respeite integralmente as necessidades e as preferências do utente consumidor.
178. Note-se, ademais, que nos mercados de serviços de saúde predomina a comumente denominada “*informação imperfeita*” dos cidadãos em relação à saúde e à doença.
179. De facto, é natural que o utente (ou os seus representantes) detetem(m) ou identifiquem a existência de um sintoma, ainda que, grosso modo, não sejam capazes de determinar a sua origem, avaliar a sua gravidade ou descortinarem a terapêutica adequada para resolução do problema.
180. Essa determinação e avaliação compete, por sua vez, ao profissional de saúde, que, por dispor de conhecimentos e informações próprias da sua função e formação profissional (por exemplo, os atos ou meios complementares de diagnóstico cuja realização se impõe), conduzirá ao tratamento adequado.

181. É justamente por existir esta assimetria de conhecimentos e informações que se exige que o utente (ou os seus representantes), antes de decidir(em) (ou não), pela realização de um determinado exame ou tratamento, seja(m) informado(s) de forma completa, clara e verdadeira, *“sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar”*.
182. Acresce que, assumindo o utente a posição de consumidor de um serviço, a iniciativa de informar deve sempre partir do prestador de cuidados de saúde, que não poderá, obviamente, escudar-se na circunstância de o interessado *“não ter perguntado”*, *“ter o dever de saber”* ou de *“já ter sido informado noutra ocasião”*.
183. Deve, pois, o prestador de cuidados de saúde agir com especial cuidado na execução do seu dever de informar os utentes de todos os aspetos que podem influenciar a sua decisão final de escolha, fazendo-o, ademais, com o propósito de garantir a salvaguarda do princípio da transparência na relação com o utente.
184. Em síntese, a liberdade de escolha constitui um dos pilares fundamentais da relação utente-prestador, devendo ser assegurado que a assimetria de informação existente entre as partes não resulta em prejuízo, direto ou indireto, dos direitos do utente.
185. Deste modo, o utente só estará em condições de exercer a liberdade de escolha que lhe assiste (em relação à proposta terapêutica que lhe é apresentada e no que diz respeito ao estabelecimento a que recorrerá para lhe sejam prestados os cuidados de saúde de que carece) se dispuser de conhecimento efetivo e pleno de todos os elementos fundamentais necessários para a sua decisão.

#### **Recomendação emitida pela ERS em 11 de março de 2011**

186. Na sequência do elevado número de situações trazidas ao conhecimento da ERS referentes à prática de elaboração de orçamentos, bem como de faturação extemporânea e de ausência de informação aos utentes, relativa ao preço de atos relativos à prestação de cuidados de saúde, o então designado Conselho Diretivo desta Entidade Reguladora, em 11 de março de 2011, emitiu a seguinte Recomendação<sup>13</sup> aos prestadores privados de cuidados de saúde, no sentido de enfatizar a importância do respeito integral pelo direito dos utentes na obtenção de informação rigorosa, transparente e atempada, em contexto de prestação de cuidados de saúde:

---

<sup>13</sup> Disponível para consulta em: [https://www.ers.pt/media/xftl2f15/recomendacao\\_orcamentos.pdf](https://www.ers.pt/media/xftl2f15/recomendacao_orcamentos.pdf) .

*“(i) sempre que prestem informações a utentes ou potenciais utentes, e designada mas não limitadamente quando transmitam previsões de encargos ou orçamentos para potenciais futuros actos a prestar, devem respeitar integralmente o dever de informação com rigor e transparência, devendo, para isso, comunicar aos utentes os actos, exames, consumíveis e fármacos, bem como os respectivos valores, que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados e cujo pagamento lhes seja exigível;*

*(ii) sempre que não se afigure possível estimar a totalidade do valor dos actos, exames, consumíveis, bem como fármacos, que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, devem informar claramente tal situação, bem como advertir expressamente os utentes da potencial relevância no custo total de tal impossibilidade de estimativa, coibindo-se de apresentar estimativas incompletas como “orçamentos” de episódios;*

*(iii) devem respeitar o direito à quitação integral e incondicional de todos os seus utentes que procedam à liquidação dos valores resultantes dos cuidados médicos recebidos, abstendo-se de proceder à emissão de facturas posteriores ao momento da alta dos utentes;*

*(iv) apenas em situações excepcionais, objectivamente justificadas, devidamente identificadas e do conhecimento dos respectivos utentes, poderão ser adoptados procedimentos que afastem um tal direito à quitação integral e incondicional.”*

#### **Recomendação emitida pela ERS em 16 de outubro de 2020<sup>14</sup>**

187. Ainda no exercício das suas atribuições e competências, e a propósito da mesma temática, a ERS teve, igualmente, oportunidade de intervir sobre a matéria em apreço nos presentes autos, nomeadamente através da Recomendação de 16 de outubro de 2020, emitida no âmbito do processo de inquérito registado internamente sob o n.º ERS/003/2017<sup>15</sup>, e que foi dirigida a vários prestadores privados de cuidados de saúde<sup>16</sup>.

188. Com a referida recomendação, a ERS pretendeu, uma vez mais, enfatizar a importância do respeito integral pelo direito dos utentes na obtenção de informação rigorosa, transparente e atempada, em contexto de prestação de cuidados de saúde.

189. Em concreto foi recomendado, para além do mais, o seguinte:

---

<sup>14</sup> Disponível para consulta em: [https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers\\_3\\_2017.pdf](https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers_3_2017.pdf).

<sup>15</sup> Disponível para consulta em: [https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers\\_3\\_2017.pdf](https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers_3_2017.pdf).

<sup>16</sup> À Lusíadas, S.A., à Fundação Dr.ª Anna de Sommer Champalimaud e Dr. Carlos Montez Champalimaud, ao Hospital da Luz Arrábida, S.A., ao H.P.T - Hospital Privado da Trofa, S.A e ao Hospital CUF Porto, SA.

*“(i) O utente, que aceda a uma qualquer entidade prestadora de cuidados de saúde, tem o direito de ser previamente informado sobre todos os elementos necessários ao seu completo e efetivo esclarecimento, para que possa tomar uma decisão sobre o tratamento ou intervenção proposta.*

*(ii) Ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde e ao profissional de saúde responsável pelo utente, cumpre observar o dever de o informar sobre tais elementos e de confirmar que este compreendeu toda a informação que lhe foi transmitida e que está devidamente esclarecido sobre todos os aspetos relevantes para a decisão a tomar.*

*(iii) Para esse efeito, a informação em causa deve abranger, designadamente:*

*(...)*

*d) As repercussões administrativas, logísticas e financeiras que a prestação de cuidados de saúde pode importar.*

*a. Designadamente, cabem neste âmbito informações sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários; sobre as regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS; sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras; sobre preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa; sobre a natureza e regras da convenção que o prestador de saúde tenha celebrado com um qualquer subsistema de saúde, que abranja o pagamento ou o reembolso dos valores devidos pela execução dos atos propostos.*

*b. As entidades prestadoras de cuidados de saúde devem assegurar que aos utentes é transmitida uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente dos atos clínicos, exames, consumíveis e fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados e cujo pagamento lhes seja exigível.*

*c. Sempre que não se afigure possível estimar a totalidade dos atos, exames, consumíveis ou fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, os utentes devem ser claramente informados dessa possibilidade e advertidos da relevância no custo total dessa impossibilidade de estimativa, coibindo-se as entidades prestadoras de cuidados de saúde de apresentarem estimativas incompletas ou orçamentos de episódios de tratamento.*

*d. Se o utente necessita de um tratamento prolongado, que englobe a prática de vários e distintos atos clínicos, o prestador deve informar previamente o utente do*

*custo global de todo o tratamento, e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento.*

*e. O utente deve saber, com o maior rigor e aproximação possível, qual o custo total do tratamento e da intervenção que lhe é proposta, por forma a poder confirmar se tem capacidade para suportar tais custos, por si próprio ou através de um qualquer subsistema ou contrato de seguro de que seja titular.*

*f. Os estabelecimentos de saúde informam os utentes sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.*

*g. No caso da entidade prestadora de cuidados de saúde ter celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes (no caso, beneficiários do subsistema ou do contrato de seguro), compete-lhe prestar todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.*

*h. Cumpre à entidade prestadora de cuidados de saúde informar os utentes sobre os cuidados de saúde que estão abrangidos pelo contrato celebrado com o subsistema ou companhia de seguros, sobre as responsabilidades financeiras destas entidades e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados, ou ainda sobre os documentos, requisitos administrativos a preencher, autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito do referido contrato.*

*i. Quando os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado ou social forem detentores de convenções com o SNS, com a ADSE ou outros subsistemas de saúde públicos ou privados ou com redes de seguros de saúde, devem ter um especial cuidado na transmissão da informação sobre as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde por si prestados.*

*j. Deve ser acautelado que em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções, suas aplicações a cada ato ou exame de que necessitam e eventuais exclusões aplicáveis.*

*k. Sempre que um qualquer prestador de cuidados de saúde assumir, perante o utente, a obrigação de efetuar as comunicações necessárias com entidades terceiras (sejam subsistemas de saúde, companhias de seguros, entidades patronais ou outras), prévia ou contemporaneamente à prestação de cuidados de saúde, essa obrigação deverá ser cumprida e respeitada na íntegra, enquanto se mantiver a relação de prestação de serviços de saúde, o que se revestirá de particular acuidade sempre que, em razão dos cuidados prestados, o utente se encontre em situação de debilidade ou incapacidade para encetar pelos próprios meios as referidas comunicações com a entidade financiadora. (...)*”.

#### **Da instrução emitida ao HCUF-P no âmbito do processo de inquérito n.º**

#### **ERS/2/2014**

190. Finalmente, no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/2/2014, que correu termos no DIAS da ERS, foi emitida uma instrução ao HCUF-P no sentido de:

*(i) “Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde, por um lado, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes e, por outro, são cumpridas as obrigações do respetivo prestador desses cuidados, nomeadamente:*

- a) Os direitos do utente (i) de ser informado de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar e (ii) de decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, em conformidade com o estabelecido nas alíneas e) e f) do n.º 1 da Base 2 da LBS e nos artigos, 3.º, 7.º, 15.º A, n.º 1, alínea a) e 15.º E, n.ºs 3, 5 e 6 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;*
- b) A obrigação do prestador de cuidados de saúde garantir o registo fidedigno, completo, organizado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica, incluindo o registo das manobras e procedimentos levados a cabo durante a prestação de cuidados, em conformidade com a disciplina jurídica consagrada nos 15.º F, n.º 1 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e 5.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro;*
- c) Os direitos do utente à liberdade de escolha e à informação, devendo esta, por um lado, ser facultada com verdade e antecedência, de forma clara e adaptada*

*à sua capacidade de compreensão (contendo todos os elementos necessários para a sua ponderação e decisão), e, por outro, incidir sobre a natureza e o âmbito dos serviços a prestar, designadamente sobre os recursos disponíveis e as questões financeiras e/ou logísticas associadas, em conformidade com o disposto nas alíneas c) e e) da Base 2 e na Base 27 da LBS, nos artigos 2.º e 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e 3.º, alínea d) e 8.º, n.º 1 da Lei n.º 24/96, de 31 de julho;*

*(ii) Para o efeito do disposto na subalínea c) da alínea (i), a informação em causa deve abranger as repercussões administrativas, logísticas e financeiras que a prestação de cuidados de saúde possa importar:*

*a. Neste âmbito incluem-se, nomeadamente, informações sobre:*

*i. Os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa, para a prestação dos cuidados de saúde necessários;*

*ii. As regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS;*

*iii. As autorizações prévias a emitir por entidades terceiras;*

*iv. Os preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa;*

*v. A natureza e regras da convenção que o prestador de saúde tenha celebrado com um qualquer subsistema de saúde, que abranja o pagamento ou o reembolso dos valores devidos pela execução dos atos propostos.*

*b. Deve ser assegurado que aos utentes é transmitida uma previsão de custos correta sobre a totalidade dos aspetos financeiros que a prestação de cuidados de saúde irá implicar, designadamente dos atos clínicos, exames, consumíveis e fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados e cujo pagamento lhes seja exigível;*

*c. Sempre que não se afigure possível estimar a totalidade dos atos, exames, consumíveis ou fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados, os utentes devem ser claramente informados dessa possibilidade e advertidos da relevância no custo total dessa impossibilidade de estimativa, coibindo-se as entidades prestadoras de cuidados de saúde de*

*apresentarem estimativas incompletas ou orçamentos de episódios de tratamento;*

- d. Se o utente necessitar de um tratamento prolongado, que englobe a prática de vários e distintos atos clínicos, deverá o mesmo ser informado do custo global de todo o tratamento, e não apenas de alguns dos atos incluídos nesse mesmo tratamento;*
- e. O utente deve saber, com o maior rigor e aproximação possível, qual o custo total do tratamento e da intervenção que lhe é proposta, por forma a poder confirmar se tem capacidade para suportar tais custos, por si próprio ou através de um qualquer subsistema ou contrato de seguro de que seja titular:*
- f. Os utentes deverão ser informados sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.*
- g. Na eventualidade de ter sido celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes (no caso, beneficiários do subsistema ou do contrato de seguro), deverão ser prestadas todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os utentes beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.*
- h. Deverão, igualmente, os utentes ser informados sobre:*
  - i. Os cuidados de saúde que estão abrangidos pelo contrato celebrado com o subsistema ou companhia de seguros;*
  - ii. As responsabilidades financeiras destas entidades e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados;*
  - iii. Os documentos, requisitos administrativos a preencher, autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito do referido contrato.*

- i. Em caso de (eventual) titularidade de convenções com o SNS, com a ADSE ou outros subsistemas de saúde públicos ou privados ou com redes de seguros de saúde, devem ter um especial cuidado na transmissão da informação sobre as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde por si prestados.*
  - j. Deve ser acautelado que em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções, suas aplicações a cada ato ou exame de que necessitam e eventuais exclusões aplicáveis.*
  - k. Sempre que assumido, perante o utente, a obrigação de efetuar as comunicações necessárias com entidades terceiras (sejam subsistemas de saúde, companhias de seguros, entidades patronais ou outras), prévia ou contemporaneamente à prestação de cuidados de saúde, essa obrigação deverá ser cumprida e respeitada na íntegra, enquanto se mantiver a relação de prestação de serviços de saúde, o que se revestirá de particular acuidade sempre que, em razão dos cuidados prestados, o utente se encontre em situação de debilidade ou incapacidade para encetar pelos próprios meios as referidas comunicações com a entidade financiadora;*
  - l. Deve ser respeitado o direito à quitação integral e incondicional de todos os utentes que procedam à liquidação dos valores resultantes dos cuidados médicos recebidos, abstendo-se de proceder à emissão de faturas posteriores ao momento da alta dos utentes;*
  - m. Apenas em situações excepcionais, objetivamente justificadas, devidamente identificadas e do conhecimento dos respetivos utentes, poderão ser adotados procedimentos que afastem um tal direito à quitação integral e incondicional*
- (iii) Implementar, em especial, os procedimentos e/ou normas internas adequadas ao cumprimento do disposto em (i) e (ii);*
- (iv) Assegurar, em permanência, que os procedimentos descritos nas alíneas anteriores são do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, adotados, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;*

(v) *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,*”

### **III.5. Da análise das situações concretas**

#### **Da situação relativa à utente LS**

191. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS no âmbito dos presentes autos de inquérito foi possível apurar a seguinte facticidade atinente à utente **LS**:

- a) No dia 24 de janeiro de 2022, pelas 16h56m, LS, à data grávida com 30 semanas e 5 dias de gestação, solicitou ao HCUF-P o agendamento de consulta urgente com a Dra. FC, médica ao serviço e sob as ordens da mencionada unidade hospitalar, nomeadamente no seu serviço de ginecologia e obstetrícia, e que vinha acompanhando a utente durante a gravidez;
- b) A mencionada consulta ocorreu por volta das 17h49m, tendo a Dra. FC, após avaliação da paciente, constatado o seguinte:
  - LS apresentava queixas sugestivas de infeção urinária, associada a queixas algícas hipogástricas sugestivas de irritabilidade uterina com hematúria e leucocitúria no sedimento urinário com colo fechado, com 28mm de comprimento e evidências de segmento inferior formado;
  - O CTG estava normal, tranquilizante e sem contrações uterinas rítmicas;
- c) Considerando a observação efetuada, a médica em apreço informou a utente e o seu acompanhante, o reclamante VS, que era recomendado o internamento da doente para início das medidas profiláticas de parto pré-termo, nomeadamente tocolise com "atosiban" e aceleração da maturidade pulmonar associada e profilaxia antibiótica por suspeita de infeção uterina;
- d) Paralelamente, LS e VS foram informados de que o valor definido como adiantamento em internamentos era de 3.250,00 €, condições que foram aceites por aqueles, tendo o referido montante sido liquidado às 18h45m do mencionado dia 24 de janeiro de 2022;
- e) Nesta sequência, LS foi internada no quarto 324 do piso 3, vindo a ser novamente observada pela Dra. FC pelas 19h24m, que analisou as análises efetuadas e

- verificou a existência de algias pélvicas rítmicas tipo contrações dolorosas que não eram perceptíveis no traçado cardiográfico;
- f) Já durante a madrugada do dia 25 de janeiro de 2022, e após nova observação médica, o HCUF-P, por intermédio da Dra. [FC] e da Enfermeira de serviço, comunicou a LS e ao seu acompanhante a necessidade de a utente ser transferida para o CHUSJ, considerando o seguinte:
- A progressão dos sintomas e o agravamento das queixas da utente, sem prejuízo de o CTG permanecer tranquilizador, com irritabilidade uterina e ausência de contrações rítmicas;
  - A necessidade de acautelar uma vaga de neonatologia no CHUSJ, na eventualidade de progressão da ameaça de parto pré-termo;
  - A impossibilidade de o parto se realizar no HCUF-P, uma vez que se tratava de gravidez com 30 semanas e 5 dias de gestação;
- g) Nesta sequência, o HCUF-P, por intermédio da Dra. FC entrou em contacto com o serviço de neonatologia do CHUSJ, nomeadamente com a Dra. TR, no sentido de descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber a utente, vindo a transferência a ser aceite pelo hospital de destino;
- h) No entanto, o HCUF-P, para efeitos de concretização da referida transferência inter-hospitalar, não assegurou a LS a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, nomeadamente uma ambulância, por entender que que tal não se revelava necessário, tendo em conta que a paciente se encontrava estável do ponto de vista hemodinâmico e sem risco de parto prematuro imediato;
- i) Deste modo, a utente acabou por dar entrada no CHUSJ depois de ser transportada, em viatura própria, pelo reclamante VS;
- j) Todavia, o HCUF-P tão pouco diligenciou pela obtenção do respetivo termo de responsabilidade por recusa de transporte da utente, como prevê, desde logo, o “*Procedimento Transferências inter-hospitalares de doentes*”, em vigor internamente à data dos factos;
- k) Assim, às 2h56m do dia 25 de janeiro de 2022 a Dra. FC concedeu alta clínica a LS;
- l) Volvida sensivelmente uma hora, mais precisamente às 03h51m, LS deu entrada na urgência de obstetrícia do CHUSJ, com o diagnóstico de ameaça de parto pré-termo;

- m) À entrada LS não referia sensação de contrações uterinas, sendo que na cardiografia tinha contrações irregulares, um colo encurtado e com afunilamento, com o restante exame normal, pelo que foi decidido manter o Atosiban e completar o ciclo de corticoides;
- n) LS manteve-se internada no CHUSJ até ao dia 28 de janeiro de 2022, sendo que ao 2.º dia de internamento teve episódio de contratilidade uterina sem repercussões ao exame obstétrico;
- o) No mencionado dia 28 de janeiro de 2022, por se encontrar assintomática e já ter completado o ciclo de corticoides, teve alta orientada para a médica assistente com indicação para voltar ao serviço se sinais de alarme;
- p) No dia 29 de janeiro de 2022, LS recorreu novamente a consulta de ginecologia e obstetrícia no HCUF-P, a cargo da Dra. FC, tendo esta novamente reiterado a necessidade de internamento no CHUSJ;
- q) Nesta sequência, LS deu entrada novamente no CHUSJ, por agravamento da sintomatologia e em trabalho de parto;
- r) No dia 30 de janeiro de 2022, pelas 19h14m, teve parto eutócico, com recém-nascido de 1565g, que foi internado no Serviço de Neonatologia;
- s) O puerpério decorreu sem intercorrências e a utente teve alta no dia 1 de fevereiro 2022, orientada para a Consulta Externa de Obstetrícia;
- t) Na sequência dos cuidados prestados a LS no HCUF-P, esta entidade emitiu os seguintes documentos:
- Recibo de adiantamento n.º [...], documento emitido em nome de LS no dia 24 de janeiro de 2022, com o valor global de 3.250 €;
  - Fatura n.º [...], documento emitido em nome de LS no dia 25 de janeiro de 2022 (e relativo a cuidados de saúde prestados no dia anterior), com o valor global de 459,87 € (já descontando o valor pago a título de adiantamento 3.250 €), fruto da soma das seguintes rubricas: “*Diárias*”, “*Internamento - Outros*”, “*Farmacos*” e “*Consumos*”;
  - Nota de Crédito n.º [...], documento emitido em nome de LS no dia 14 de fevereiro de 2022, com valor global de 3.709,87 € (relativo à Fatura n.º [...]);
  - Fatura n.º [...], documento emitido em nome de LS no dia 24 de janeiro de 2022 (e relativo à prestação de cuidados de saúde nessa data), com o valor

global de 304 €, fruto da soma das seguintes rubricas: “*INOV – Análises Clínicas*”, “*Ginecologia-Obstetrícia*”, “*Serviços Especiais Obstetrícia*”, “*Patologia Clínica*” e “*Consumos*”;

- Fatura n.º [...], documento emitido em nome de LS no dia 14 de fevereiro (e relativo à prestação de cuidados de saúde em 24 de janeiro do referido ano), com o valor global de 1.227,79 €, fruto da soma das seguintes rubricas: “*Diárias*”, “*Farmacos*” e “*Consumos*”;
- Fatura n.º [...], documento emitido em nome de LS no dia 29 de janeiro (e relativo à prestação de cuidados de saúde nessa data), com o valor global de 134 €, fruto da soma das seguintes rubricas: “*Ginecologia-Obstetrícia – Consulta Subsequente - Obstetrícia*” e “*Serviços Especiais Obstetrícia – Monitorização Fetal Externa, com protocolos e extratos dos cardiotocogramas (fora ou durante trab)*”;
- Recibo n.º 1400001169, documento emitido em nome de LS no dia 4 de abril de 2022, com o valor global de – 1584,21 €, fruto do acerto de contas decorrente das Faturas n.ºs [...] (304 €), [...] (134 €), [...] (1.227,79 €) e do Recibo de adiantamento n.º [...] (3.250 €);
- Comprovativo de transferência bancária operada em 4 de fevereiro de 2022 pelo HCUF-P para LS, no valor 1584,21 €.

192. Da análise do elenco de factos apurados descortinam-se duas questões distintas que exigem uma apreciação autónoma.

193. Por um lado, avaliar se, no dia 24 de janeiro de 2022, foram respeitados os direitos de LS à informação e à liberdade de escolha.

194. Por outro, perceber se na madrugada do dia 25 de janeiro de 2022 foram respeitadas as regras em vigor no processo de transferência inter-hospitalar da mencionada utente.

195. Começando, então, pela análise da primeira questão, recorde-se que o reclamante alega que “[n]unca [lhe] foi dado qualquer preçário ou informação sobre o internamento”.

196. No entanto, tal informação é contrariada pelo próprio exponente na sua reclamação, nomeadamente quando refere que questionou a funcionária do HCUF-P que o atendeu sobre a “*necessidade*” de proceder ao pagamento de uma quantia a título de adiantamento (3.250 €), tendo aquela funcionária esclarecido que “*seria reembolsado por transferência*”.

*bancária caso o custo do internamento fosse inferior*”, o que efetivamente veio a suceder (alínea t) dos factos apurados).

197. Por outro lado, o exponente contesta o pagamento de “*dos fármacos administrados, designadamente o Atosibano*”, na medida em que entende que, existindo “*risco de parto prematuro*”, LS deveria de imediato ter sido encaminhada para “*um Hospital público e não ter sido internada*” no HCUF-P.
198. Todavia, tal argumentação não poderá, igualmente, proceder.
199. Em primeiro lugar, porque o internamento da utente no HCUF-P, pese embora a recomendação médica nesse sentido, decorreu de uma manifestação de vontade da própria utente, tanto mais que tal internamento tão pouco seria possível se não tivesse sido paga a quantia a título de adiantamento.
200. Em segundo lugar, porque quer a avaliação “*do risco de parto prematuro*”, quer a decisão de proceder à transferência inter-hospitalar da utente configuram atos médicos (artigo 7.º, n.º 1 do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro), os quais, como se viu, ocorreram já depois do internamento da utente no HCUF-P.
201. Neste sentido, entende-se que na situação em apreço não se verificou a violação do direito à informação e da liberdade de escolha de LS (alíneas e) e c) da Base 2 da nova LBS e artigos 7.º e 2.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e 3.º, alínea d) e 8.º, n.º 1 da Lei n.º 24/96, de 31 de julho), razão pela qual não se justifica uma intervenção adicional da ERS nesta matéria.
202. Contudo, o mesmo não se poderá dizer no que diz respeito ao processo de transferência inter-hospitalar da mencionada utente.
203. Na verdade, conforme resultou apurado, apesar de ter procedido ao contacto prévio com o CHUSJ no sentido de agilizar a concretização da transferência (alínea g) dos factos apurados), a verdade é que o HCUF-P não assegurou a LS a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, nomeadamente uma ambulância, por entender que que tal não se revelava necessário, tendo em conta que a paciente se encontrava estável do ponto de vista hemodinâmico e sem risco de parto prematuro imediato (alínea h) dos factos apurados).
204. Por essa razão, a utente acabou por dar entrada no CHUSJ depois de ser transportada, em viatura própria, pelo reclamante VS (alínea i) dos factos apurados).

205. A este propósito, o HCUF-P, além de ter referido que o transporte em ambulância medicalizada não se revelava necessário, alegou também que *“doente e [o] acompanhante que anuíram e concordaram que o transporte em veículo próprio seria mais cómodo para todos”*.
206. Sucede, porém, que o Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro é cristalino neste particular.
207. Verificando-se a necessidade de proceder a uma transferência inter-hospitalar – e neste caso não subsistem dúvidas em relação à existência de tal necessidade – o hospital de origem, *in casu* o HCUF-P, tinha a obrigação de coordenar e assumir a *“responsabilidade operacional pela transferência do utente, incluindo a garantia de transporte que permita a sua concretização”* (alínea e) do artigo 4.º) e *“[a]ssegurar a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, em tempo útil e adequado a garantir a integração, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, e que o transporte se faça com utilização dos recursos humanos e materiais necessários, em cumprimento do disposto no artigo 9.º”* (alínea f) do mencionado artigo 4.º).
208. Porém, *“[s]empre que o utente, o seu representante legal ou procurador de saúde, por qualquer razão, recuse o transporte e entenda deslocar-se em viatura própria, deve ser preenchido e assinado um Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte, que deverá ficar registado no processo clínico do utente”* (artigo 10.º, n.º 1), sendo que, nestes casos, *“o Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte deverá prever a possibilidade de ficar registado que a mesma foi uma opção do utente em virtude da indisponibilidade imediata de meios para efetivação do transporte”* (artigo 10.º, n.º 2).
209. Aliás, no mesmo sentido aponta – e bem - o *“Procedimento Transferências inter-hospitalares de doentes”*, que o HCUF-P tinha em vigor à data dos factos.
210. Quer dizer, concluindo pela necessidade de transferir LS para outra unidade hospitalar, o HCUF-P, independentemente da necessidade de ambulância medicalizada, teria de assegurar o transporte da utente para o hospital de destino, a menos que o mesmo fosse recusado pela própria, para o que deveria ser preenchido e o assinado o correspondente termo de responsabilidade.
211. A solução encontrada – o transporte em viatura própria - não encontra, pois, qualquer respaldo legal.
212. Com efeito, a própria Orientação da DGS n.º 006/2022, de 19 de julho, no caso das *“situações de avaliadas como de muito baixo risco clínico”*, se é certo que prescinde do

transporte em “ambulância medicalizada” e do “acompanhamento por profissionais de saúde de Ginecologia e Obstetrícia do hospital de origem”, não deixa de sinalizar que “a salvaguarda da saúde materno-fetal pode ficar a cargo dos profissionais do transporte que a acompanham”.

213. Isto é, em nenhum momento se encontra prevista ou é sequer equacionada a transferência destas utentes em viatura própria, como sucedeu na situação em apreço.

214. Em face do exposto, considerando que o HCUF-P infringiu as normas acima identificadas do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, além da emissão da instrução adiante descrita, justifica-se a abertura, a final, do respetivo processo contraordenacional (artigo 13.º do mencionado regulamento e artigo 61.º, n.º 1, alínea b) dos Estatutos da ERS).

#### **Da situação relativa à utente MR**

215. Antes de se proceder análise factual e jurídica atinente aos cuidados de saúde prestados à utente MR, impõe-se apreciar e decidir sobre o pedido do HCUF-P no sentido de proceder “à *inquirição do Sr. Dr. [SA] para melhor esclarecimento das diligências realizadas no processo de transferência desta doente*”. – Cfr. Comunicação (e respetivos anexos) remetida pelo HCUF-P à ERS (e rececionada em 11 de agosto de 2022).

216. Nos termos do disposto na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, “[s]ubsidiariamente às regras estabelecidas na lei-quadro das entidades reguladoras e nos presentes estatutos: a) [a]s decisões administrativas da ERS seguem o procedimento administrativo comum previsto no Código do Procedimento Administrativo (CPA) relativamente aos atos administrativos, incluindo especialmente o direito de participação dos interessados”.

217. Por outro lado, estatui o n.º 1 do artigo 55.º do Código de Procedimento Administrativo (CPA) que “[a] direção do procedimento cabe ao órgão competente para a decisão final, sem prejuízo do disposto nos números seguintes”, nomeadamente o estatuído no n.º 2, onde se estabelece que “[o] órgão competente para a decisão final delega em inferior hierárquico seu, o poder de direção do procedimento, salvo disposição legal, regulamentar ou estatutária em contrário ou quando a isso obviarem as condições de serviço ou outras razões ponderosas, invocadas fundamentadamente no procedimento concreto ou em diretiva interna respeitante a certos procedimentos”.

218. *In casu*, o órgão competente para a decisão final é o Conselho de Administração da ERS (artigos 34.º e 41.º, n.º 1, alíneas a), o) e p) dos seus Estatutos), que delegou no

Departamento de Intervenção e Ação Sancionatória (DIAS) a direção do respetivo procedimento, tendo o diretor do DIAS, por seu turno, nomeado o ora signatário como instrutor deste processo de inquérito. – Cfr. Proposta de abertura do presente processo de inquérito.

219. Ora, a direção do procedimento administrativo obedece, para além do mais, a dois princípios fundamentais, a saber:

- A adequação procedimental, nos termos do qual “(...) o responsável pela direção do procedimento goza de discricionariedade na respetiva estruturação, que, no respeito pelos princípios gerais da atividade administrativa, deve ser orientada pelos interesses públicos da participação, da eficiência, da economicidade e da celeridade na preparação da decisão” – Cfr. artigo 56.º do CPA.
- Do inquisitório, que determina que “[o] responsável pela direção do procedimento e os outros órgãos que participem na instrução podem, mesmo que o procedimento seja instaurado por iniciativa dos interessados, proceder a quaisquer diligências que se revelem adequadas e necessárias à preparação de uma decisão legal e justa, ainda que respeitantes a matérias não mencionadas nos requerimentos ou nas respostas dos interessados” – Cfr. artigo 58.º do CPA.

220. Seja como for, adverte o artigo 59.º do CPA, “[o] responsável pela direção do procedimento e os outros órgãos intervenientes na respetiva tramitação devem providenciar por um andamento rápido e eficaz, quer recusando e evitando tudo o que for impertinente e dilatatório, quer ordenando e promovendo tudo o que seja necessário a um seguimento diligente e à tomada de uma decisão dentro de prazo razoável”.

221. Assim sendo, apreciando em concreto o pedido formulado pelo HCUF-P, importa fazer notar que todas as entidades com intervenção na prestação de cuidados de saúde ora em análise já se pronunciaram, pelo menos uma vez, sobre os factos em apreço (MS, HCUF-P, CHUP, CHUSJ e INEM).

222. Fizeram-no, aliás, de modo detalhado, tendo, inclusive, remetido aos presentes autos um vasto acervo documental (acima identificado), com vista a sustentar as alegações constantes das suas pronúncias.

223. Em face do exposto, encontrando-se os presentes autos devidamente instruídos com os elementos necessários para decidir, reputa-se como desnecessária a inquirição como testemunha do Dr. SA, pelo que se indefere o pedido formulado pelo HCUF-P.

Isto posto,

224. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS no âmbito dos presentes autos de inquérito, foi possível apurar a seguinte facticidade atinente à utente **MR**:

- a) No dia 15 de dezembro de 2021, pelas 9h03m, MR deu entrada no serviço de Atendimento Permanente do HCUF-P, na sequência de queda da qual resultou ferida com perda de substância no couro cabeludo e TCE;
- b) Pelas 09h08m do referido dia, a Enf. AL, ao serviço e sob as ordens do HCUF-P, procedeu à triagem da utente, tendo-lhe atribuído a prioridade urgente (amarelo);
- c) Seguidamente, MR foi suturada e, posteriormente, observada pelo Dr. SA, médico ao serviço e sob as ordens do HCUF-P.
- d) Subsequentemente, MR realizou os meios complementares de diagnóstico necessários, nomeadamente análises, electrocardiograma e TC cerebral;
- e) O TC cerebral revelou fimbria de HSD agudo fronto-temporoparietal direito com 2mm de espessura e possível pequeno traço de fractura linear parietal esquerdo;
- f) Dada a hemorragia foi contactado laboratório de imunohemoterapia para reverter a hipocoagulação da doente, procedimento realizado rapidamente, pois era o tratamento adequado para evitar o aumento das dimensões do hematoma;
- g) A existência de hematoma subdural em doente hipocoagulada implica 24h ou mais de vigilância do estado neurológico e repetição de TC cerebral às 24 h ou antes se deterioração neurológica;
- h) Todavia, na referida data, o HCUF-P não dispunha de vaga no Serviço de Cuidados Intensivos/Intermédios, pelo que se impunha a transferência da doente para Unidade Hospitalar Pública que dispusesse da Especialidade de Neurocirurgia;
- i) Por outro lado, uma vez que a utente necessitava de vigilância durante o transporte, o HCUF-P, por intermédio do Dr. SA, contactou o CODU-INEM pelas 13h37m;
- j) Considerando a informação transmitida sobre a situação clínica de MR, o CODU-INEM atribuiu à utente a Prioridade 3, cujo plano de resposta preconiza acionamento de uma ambulância de emergência;
- k) Ato contínuo, pelas 13h44m do mencionado dia 15 de dezembro de 2022, o CODU-INEM acionou uma ambulância dos Bombeiros Voluntários de Matosinhos Leça, que transportou a utente ao serviço de urgência do hospital de referência, em função do

- local da ocorrência, sendo, neste caso, o CHUP, uma vez que o HCUF-P se encontra situado na União de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde;
- l) Na sequência do pedido efetuado pelo HCUF-P, o transporte da utente foi coordenado e garantido pelo CODU do INEM, IP, em virtude de a unidade hospitalar de origem, sendo privada, não fazer parte dos pontos da Rede de Urgência/Emergência definida nos termos do Anexo ao Despacho n.º 13427/2015, de 20 novembro;
  - m) Não obstante, para efeitos de concretização da transferência de MR para o CHUP, o HCUF-P remeteu o relatório médico, relatório dos exames realizados com o CD para visualização das imagens;
  - n) No entanto, o HCUF-P diligenciou pela realização da referida transferência inter-hospitalar:
    - Sem contactar previamente o CHUP, no sentido de descrever a situação clínica de MR, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber a utente;
    - Sem registar no processo clínico de MR a identificação do responsável no destino;
    - Sem indicar a data e a hora do contacto prévio estabelecido com o CHUP;
  - o) Às 14h do dia 15 de dezembro de 2021, o HCUF-P atribuiu alta clínica a MR;
  - p) Subsequentemente, mais precisamente às 14h45h, a utente foi admitida no serviço de urgência do Hospital de Santo António, que integra o CHUP, tendo sido triada às 15:00h pelo Enfermeiro PG, profissional ao serviço e sob as ordens do serviço de urgência da referida unidade hospitalar, que lhe atribuiu a prioridade urgente (amarelo);
  - q) Mais tarde, pelas 15h58m, MR foi observada pelo Dr. AF, interno de formação específica de neurocirurgia de Serviço no serviço de urgência do Hospital de Santo António, que constatou que a utente, apesar de se encontrar bem e estável, deveria manter a vigilância intra-hospitalar e repetir o exame de imagem 24h após o trauma;
  - r) Considerando que o hospital da área de residência da utente, Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, não dispõe de serviço de neurocirurgia e que, quando estes serviços são necessários, referencia para o CHUSJ, o Dr. AF, após concordância da utente, contactou o CHUSJ para propor a transferência de MR, a

qual foi aceite pelo Dr. M, neurocirurgião de serviço no serviço de urgência do hospital de destino;

- s) Após a referida aceitação da transferência (16h27m), AF solicitou o transporte na plataforma online às 17h29m, tendo a alta clínica sido registada às 16h42m;
- t) Todavia, a empresa “Força de Viver”, entidade com quem o CHUP tem contratualizados todos os transportes de doentes para o exterior, só procedeu à transferência de MR às 22h17m.
- u) Deste modo, MR veio a ser admitida no CHUSJ às 22h50m do dia 15 de dezembro 2021, sendo esse processo efetuado pelo Assistente Técnico PS;
- v) Às 23:09 do mesmo dia foi triada, mais precisamente pelo Enfermeiro FG, que lhe atribuiu a prioridade urgente (amarelo);
- w) Posteriormente, foi encaminhada para a área de cirurgia, onde 23h14m foi iniciada observação pelo Médico LN e depois pelo Neurocirurgião MG, que decidiu manter vigilância até de manhã, no sentido de ser repetido o exame de imagem – TAC Cerebral – cerca de 24 horas após a queda;
- x) A TAC Cerebral é solicitada às 10h02m de 16 dezembro de 2021, pelo Neurocirurgião VC e realizada às 12h05m do mesmo dia, sendo relatada pelo Neurorradiologista HS;
- y) O Neurocirurgião VC, após análise da TAC Cerebral e reavaliação clínica, dá alta à doente, às 13h32m do mesmo dia.

225. Conforme resulta da análise do elenco de factos apurados, na presente situação estão em causa duas transferências inter-hospitalares (do HCUF-P para o CHUP; e do CHUP para o CHUSJ), as quais justificam uma apreciação autónoma.

226. Assim, no que diz respeito à transferência de MR do HCUF-P para o CHUP importa referir que quer o hospital de origem, quer o hospital de destino cumpriram, quase na íntegra, as obrigações legais que sobre cada um deles impendiam.

227. Na verdade, a única exceção é a que resulta da alínea n) dos factos apurados, porquanto o HCUF-P diligenciou pela realização da referida transferência inter-hospitalar:

- Sem contactar previamente o CHUP, no sentido de descrever a situação clínica de MR, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber a utente;

- Sem registar no processo clínico de MR a identificação do responsável no destino;
- Sem indicar a data e a hora do contacto prévio estabelecido com o CHUP

228. Ora, a este propósito o HCUF-P, em particular o médico responsável pela mencionada transferência, Dr. SA, alegam que foram promovidas inúmeras tentativas de contacto com o CHUP, todas sem sucesso, o que inviabilizou o cumprimento das obrigações elencadas na alínea n) dos factos apurados.

229. Sucede, porém, que tal versão dos factos não só não encontra suporte noutros elementos probatórios, como é, inclusive, por eles contrariada.

230. Desde logo, tal versão dos factos é contestada pelo próprio hospital de destino, que registou na ficha do episódio de urgência de MR a seguinte informação: *“Equipa NC SU do CHUP não foi contactada nem validou transferência da utente aos nossos cuidados”*.

231. Por outro lado, de acordo com os elementos remetidos à ERS, o próprio HCUF-P não registou no processo clínico da utente a realização de tais tentativas de contacto e a impossibilidade de transmitir ao CHUP a necessidade da transferência da utente.

232. Por ser assim, de acordo com as regras da experiência e a livre convicção a que a ERS se encontra vinculada em matéria probatória (n.º 4 do artigo 25.º dos estatutos da ERS), a versão dos factos apresentada pelo HCUF-P neste particular não mereceu acolhimento no elenco de factos apurados.

233. Donde, verifica-se que, ao atuar nos termos supra descritos, o HCUF-P incumriu o disposto nos artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1, alíneas a), b) e c) e 2 do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, o que será, obviamente, considerado na instrução a emitir e, bem assim, no âmbito do processo contraordenacional cuja abertura, a final, será determinada (artigo 13.º do mencionado regulamento e artigo 61.º, n.º 1, alínea b) dos Estatutos da ERS).

234. A propósito dos dois processos de transferência inter-hospitalar ora em apreciação, a reclamante e o CHUP, considerando as redes de referência em vigor e aplicáveis neste caso, questionam ainda a correção da transferência de MR para o CHUP e não para o CHUSJ, para onde acabou por ser transferida depois pelo Hospital de Santo António.

235. No entanto, não lhes assiste razão.

236. Com efeito, é certo que, segundo as RRH em neurocirurgia, o CHUSJ, nesta valência, é a unidade hospitalar de referência do hospital da área de residência da utente (Hospital Pedro Hispano, integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.).

237. No entanto, como lapidarmente fez notar o INEM, I.P., a transferência da utente do HCUF-P para o CHUP foi operada no âmbito do SIEM, isto é, coordenada e garantida pelo CODU, pelo que a referenciação da utente foi efetuada de acordo com o local da ocorrência/do sinistro e não em função da morada de residência da doente assistida.
238. Nem poderia ser de outra forma, uma vez que o HCUF-P, enquanto unidade hospitalar privada, não faz parte dos pontos da Rede de Urgência/Emergência definida nos termos do Anexo ao Despacho n.º 13427/2015, de 20 novembro.
239. Neste sentido, considerando o supra exposto, MR foi referenciada e encaminhada para a unidade hospitalar correta à luz das regras de referenciação em vigor e aplicáveis *in casu*, uma vez que o HCUF-F se situa União de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, que tem no Hospital de Santo António a unidade de referência na valência de neurocirurgia.
240. Acontece que o CHUP, considerando o critério da área de residência de MR, e após concordância da utente, procedeu à sua transferência para o CHUSJ, que aceitou receber a paciente (alínea r) dos factos apurados).
241. Contudo, apesar de ter atribuído alta à utente 16h42m, o CHUP só assegurou a mencionada transferência às 22h17m, isto é, quase seis horas depois.
242. Quer dizer, ao arrepio do disposto nos artigos 4.º, alínea f) e 9.º, n.º 1 do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, o CHUP não garantiu a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência em tempo útil e adequado a garantir a integração, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados.
243. Por ser assim, justifica-se também a emissão de uma instrução ao CHUP considerando a sua atuação no processo de transferência inter-hospitalar de MR, devendo também, a final, ser determinada a abertura do competente processo contraordenacional por violação das referidas normas do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro (artigo 13.º do mencionado regulamento e artigo 61.º, n.º 1, alínea b) dos Estatutos da ERS).
244. Uma nota final para referir que, da análise da factualidade apurada no caso em apreço, não se descortinam fundamentos que justifiquem qualquer atuação regulatória da ERS que incida sobre o CHUSJ e sobre o INEM, I.P., razão pela qual deverá ser determinado o arquivamento dos presentes autos em relação aos referidos prestadores de cuidados de saúde.

**Da criação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E., por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E., e do Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E.**

245. No dia 30 de janeiro de 2023, foi publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro, que *“procede à criação da entidade pública empresarial com a denominação Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E., doravante designado CHUSA, E. P. E., por fusão das unidades de saúde Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E., e Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E.”* (artigo 1.º, n.º 1).
246. No mencionado diploma legal é expressamente sinalizado que *“[s]ão extintas, na data da entrada em vigor do presente decreto-lei, as unidades de saúde que dão origem ao CHUSA, E. P. E., com dispensa de todas as formalidades legais”* (artigo 3.º), pelo que *“[o] CHUSA, E. P. E., sucede às unidades de saúde que lhes deram origem em todos os bens, direitos e obrigações, independentemente de quaisquer formalidades”* (artigo 4.º).
247. Neste sentido, considerando o supra exposto e, bem assim, a entrada em vigor do mencionado diploma legal no dia 1 de fevereiro de 2023 (artigo 14.º), a atuação regulatória adiante descrita será dirigida ao CHUSA e não ao CHUP.

#### **IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS**

248. 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 CPA, 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, os reclamantes e os prestadores acima identificados.
249. Assim, no dia 11 de fevereiro de 2023, a ERS rececionou a seguinte pronúncia escrita do reclamante VS:
- “(…) Após análise do documento, compete-me informar V.as Ex.as que a atmosfera de stress dos dias que antecederam o nascimento do meu filho e considerando o doloroso estado da minha mulher, na altura grávida de 30 semanas, sujeitaram todas as decisões tomadas nessa altura, designadamente o internamento no [HCUF-P] e a transferência para o [CHUSJ], á recomendação do corpo clínico que nos acompanhou.*
- É pois falso, que em algum momento a minha mulher, [LS] ou eu próprio, tivéssemos informado a equipa técnica do [HCUF-P], que nos acompanhou, que face ao risco de nascimento prematuro optaríamos pelo internamento naquela unidade em detrimento de um hospital público. Mais informamos que nunca foi nossa expectativa que o nosso filho nascesse em Portugal, pois como poderei provar, compramos bilhetes de avião para Fevereiro de 2022, com o propósito que o nosso filho nascesse no país de origem da minha mulher, a Letónia e a [LS] era igualmente acompanhada por uma médica daquele país.*

**Tivesse eu sido informado do risco e o custo associado ao internamento e teríamos procurado de imediato o [CHUSJ]. (...)** – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Mensagem de correio eletrónico, datada de 11 de fevereiro de 2023, remetida por VS à ERS, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido.

250. Acontece que não se logrou, de todo, apurar que situação se tivesse desenrolado nos termos ora descritos pelo exponente.

251. Na verdade, além do que desenvolvidamente se explanou nos n.ºs 197 a 201 desta deliberação, importa sublinhar que, tal como resulta do elenco de factos apurados, mesmo depois dos primeiros internamentos no HCUF-P (entre o final do dia 24 e a madrugada do dia 25 de janeiro de 2022) e no CHUSJ (entre 25 e 28 daquele mês), LS recorreu, novamente, aos serviços do HCUF-P.

252. Fê-lo no dia 29 de janeiro de 2022, sendo uma vez mais observada pela Dra. FC, o que atesta a relação de confiança estabelecida entre a utente e a aludida médica.

253. É precisamente em razão de tal relação de confiança que, à luz das regras da experiência comum, se considerou verosímil e, nessa medida, assente a alegação do HCUF-P segundo a qual a paciente e o seu acompanhante foram alertados para o risco de parto prematuro, que não era possível no HCUFP, mas, ainda assim, decidiram aguardar pela evolução da situação em contexto de internamento naquela unidade hospitalar.

254. Por outro lado, no dia 18 de fevereiro de 2023, o CHUSA, por intermédio do seu Diretor Clínico, Dr. JB, pronunciou-se nos seguintes termos:

*“(...) No âmbito da audiência de interessados, o [CHUSA] permite-se afirmar:*

- 1. Os cuidados de saúde à cidadã MR foram adequados, proporcionais e atempados.*
- 2. A permanência de 24 horas em ambiente hospitalar destina-se, conforme protocolo geral de trauma crânio-encefálico, a vigilância e repetição da TAC às 24 horas.*
- 3. Assim, o atraso na materialização da resposta pela empresa “Força de Viver” não teve quaisquer consequências no estado de saúde, nem adiou terapêutica ou decisões.*
- 4. A TAC cerebral foi repetida após 24 horas, no Centro Hospitalar Universitário de São João, como preconizado desde o início;*
- 5. Durante o tempo em que permanecem no [CHUSA] à espera de transporte, não obstante alta “informática”, os doentes continuam a ser vigiados como quaisquer outros.*
- 6. Admite-se que o longo tempo de espera possa ter causado desconforto à doente e à família.*

7. O [CHUSA] *tem em preparação um concurso público (caderno de encargos no Departamento de Aprovisionamento) para diversificar o leque de empresas de transporte não urgente de doentes, especializando a dedicação de cada uma apenas a um setor: Serviço de Urgência, Internamento e Ambulatório. Com esta medida, pretende-se dotar o hospital de resposta mais céleres e equitativas.*

*Por tudo o que se escreveu acima, o Centro Hospitalar Universitário de Santo António solicita a revisão do ponto 243 (pág. 79/81) do projeto de deliberação. (...)* – Cfr. Mensagem de correio eletrónico, datada de 18 de fevereiro de 2023, remetida pelo CHUSA à ERS, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

255. Sucede, porém, que não existe qualquer respaldo factual e documental na alegação do CHUSA segundo a qual, apesar da “*alta informática*”, a utente terá continuado a ser vigiada.

256. Em primeiro lugar, porque, de acordo a ficha do episódio de urgência remetida pelo prestador à ERS, não existem quaisquer registos de observações médicas ou notas de enfermagem a MR depois da atribuição da mencionada alta.

257. Em segundo lugar, porque a própria exponente afirmou ter ficado “*praticamente 8 horas à espera [da concretização da transferência]*”, período durante o qual alega ter sido “*esquecida num corredor do hospital, tendo tomado apenas paracetamol e não tendo tido qualquer assistência que não uma passagem ocasional, sem sequer ter acesso a soro*”.

258. Finalmente, no dia 24 de fevereiro de 2023, a ERS rececionou a pronúncia apresentada pelo HCUF-P, a qual infra se transcreve:

“(…) - A ERS antes de proferir o Projecto de deliberação sobre o qual N/ pronunciamos, *carreou para os respectivos autos um conjunto de informações por demais relevantes e que se encontram elencadas no capítulo 1.2 Diligências, mais concretamente no ponto 10.;*

- *Cumpre previamente reiterar o indicado nos esclarecimentos remetidos nos ofícios datados de 21.07.2022 e 10.08.2022, nomeadamente:*

#### **1. Reclamação relacionada com a cliente Sra. [LS]**

- *A cliente Sra. [LS] era seguida em consulta externa de ginecologia e obstetrícia pela Dra. [FC] no [HCUF-P];*

- *No dia 24 de Janeiro de 2022 a referida cliente solicitou o agendamento de consulta urgente com a referida profissional que foi acedido;*

- *A observação realizou-se pelas 17h49m e tratava-se de grávida com 30 semanas e 5 dias de gestação; algias pélvicas;*

- A doente referiu sensação de contrações uterinas dolorosas e rítmicas;
- Foi realizado CTG;
- Determinou-se o seguinte plano de tratamento que passava por análises de análises e internamento na Unidade;
- A cliente apresentava queixas sugestivas de infecção urinária, associada a queixas algicas hipogástricas sugestivas de irritabilidade uterina com hematúria e leucocitúria no sedimento urinário com colo fechado, com 28mm de comprimento e evidências de segmento inferior formado.
- O CTG estava normal, tranquilizante e sem contrações uterina rítmicas
- A situação foi explicada ao casal, nomeadamente que o facto de a gravidez ser de 30 semanas o que impossibilitava a realização do parto no [HCUF-P];
- A cliente e o marido perceberam o transmitido e indicaram que preferiam, ainda assim, aguardar pela evolução no internamento do [HCUF-P] por questões relacionadas com o controlo da ansiedade da cliente que pretendia manter o acompanhamento pelo marido.
- Após oito horas de internamento e devido à progressão dos sintomas e agravamento das queixas foi decidido proceder contactar o [CHUSJ];
- Note-se que o CTG mantinha-se tranquilizador, com irritabilidade uterina e ausência de contrações rítmicas;
- Foi considerado, devido às queixas persistentes, a necessidade de proceder ao encaminhamento da doente para o hospital da área para acautelar uma vaga de neonatologia na referida instituição, na eventualidade de progressão da ameaça de parto pré-termo;
- A informação foi transmitida ao acompanhante, Sr. [VS] pela médica Dra. [FC] e pela Enfermeira de serviço;
- A grávida estava estável do ponto de vista hemodinâmico, sem risco de parto prematuro imediato e sem necessidade de transporte de ambulância medicalizada;
- Isto foi explicado à doente e ao acompanhante que anuíram e concordaram que o transporte em veículo próprio seria mais cómodo para todos;
- Foi realizado um contacto prévio para o serviço de neonatologia do [CHUSJ], na eventualidade de progressão da ameaça de parto pré-termo;
- Em momento algum houve perigo para a cliente ou para o feto;

- Aliás, a cliente foi novamente á consulta de Ginecologia e Obstetrícia no dia 29 de Janeiro de 2022 com a Dra. [fc] após a alta no [CHUSJ] no dia anterior, sem a realização de parto;
- Nesta consulta a médica reiterou a necessidade de internamento no [CHUSJ], tendo novamente procedido ao encaminhamento da paciente para aquela unidade hospitalar.

## **2. Reclamação da cliente Sra. [MR]**

- No dia 15 de Dezembro de 2021 pelas 9h08m a cliente deu entrada no serviço de Atendimento Permanente do [HCUF-P] por síncope não presenciada às 7h, ferida contusa parietal por TCE, sem hemorragia ativa;
- Foi triada com prioridade urgente e observada por médico;
- Foram realizados os meios complementares de diagnóstico;
- Atendendo o estado da doente impunha-se uma vigilância mais apertada na Unidade de Cuidados Intermédios, sendo que o [HCUF-P] não dispunha de vaga;
- Assim, impunha-se a transferência da doente para a Unidade Hospitalar Pública que dispusesse da Especialidade de Neurocirurgia (inexistente no Hospital Pedro Hispano); .
- Foi elaborado o competente relatório médico e contactado o CODU que procedeu à transferência da doente;
- A doente foi encaminhada com o acompanhamento médico exigível e com a informação clínica, nomeadamente, relatório médico, relatório dos exames realizados com o CD para visualização das imagens;
- No que respeita à transferência da doente refira-se que o médico Dr. [SA] efectuou várias tentativas de contacto para o [CHUP] não tendo obtido qualquer resposta;
- Sem prejuízo, a CUF pauta a sua conduta pela melhoria continua dos serviços que presta bem como pela garantia da segurança e qualidade clínica, pelo que, desde já, irá considerar as recomendações de V. Exas. e levá-las à prática.
- O Procedimento PRO.0036.01 "Transferências inter-hospitalares de doentes" será alvo de nova análise atendendo as recomendações transmitidas por V.Exas.. (...)” – Cfr. Pronúncia escrita apresentada pelo HCUF-P, documento rececionado pela ERS em 24 de fevereiro de 2023 e que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

259. Da análise da pronúncia apresentada pelo HCUF-P resulta que o prestador não só reitera os anteriores esclarecimentos facultados à ERS no âmbito dos presentes autos (n.º 20, 21,

27 e 28 da presente deliberação), como reproduz, no essencial, os mesmos argumentos ali aduzidos.

260. Por ser assim, remete-se para a apreciação já levada a cabo pela ERS sobre tais argumentos (n.º 191 e seguintes da presente deliberação).

261. Aqui chegados, não obstante as pronúncias apresentadas pelo reclamante VS e pelos prestadores CHUSA e HCUF, certo é que, conforme demonstrado, não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer elementos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, razão pela qual deverá o seu conteúdo ser mantido na íntegra.

## V. DECISÃO

262. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Hospital CUF Porto, S.A., no sentido de:

- (i) Adaptar, em conformidade com disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro e a Orientação da Direção-Geral de Saúde n.º 006/2022, de 19 de julho de 2022, os procedimentos e/ou as normas internas em matéria de transferências inter-hospitalares;
- (ii) Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou as normas internas descritas na alínea anterior são do conhecimento dos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
- (iii) 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;

263. Por outro lado, ao abrigo das disposições identificadas no número anterior, propõe-se ainda ao Conselho de Administração da ERS, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E., no sentido de:

- (i) Adotar os procedimentos e/ou normas internas aptas a garantir a continuidade dos cuidados e tratamentos prestados, em especial quanto à forma como deve ser

operada a transferência inter-hospitalar de utentes, nos termos do disposto na alínea b) da Base 2 da LBS, no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro;

(ii) Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou as normas descritos em (ii) são do conhecimento dos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;

(iii) 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;

264. As instruções emitidas constituem decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos respetivos Estatutos configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o *desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º.*”

265. Ao abrigo das normas identificadas no n.º 262 da presente deliberação, propõe-se, igualmente, ao Conselho de Administração da ERS o arquivamento dos presentes autos de inquérito no que diz respeito à Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E. e ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P..

266. A presente deliberação será publicada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 9 de março de 2023.



RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32  
4100-455 PORTO - PORTUGAL  
T +351 222 092 350  
GERAL@ERS.PT  
WWW.ERS.PT

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2023

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).