



DELIBERAÇÕES

26 DE FEVEREIRO DE 2026

ERS/062/2025



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

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

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

Considerando os objetivos da atividade reguladora da ERS estabelecidos no artigo 10.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da ERS estabelecidos no artigo 19.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/062/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 9 de janeiro de 2025, a ERS tomou conhecimento da reclamação subscrita por NT, a qual visa a atuação, por um lado, do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E. P. E. (HDFF) - estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Unidade Local de

Saúde do Baixo Mondego, E. P. E. (ULS-BM), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o número de registo 15677 - e, por outro, dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) – unidade hospitalar que integra a Unidade Local de Saúde de Coimbra, E. P. E. (ULS-C), entidade inscrita no SRER da ERS sob o número de registo 21486.

2. Com efeito, na mencionada reclamação – registada no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS sob o número REC/3105/2025 – o exponente alega que, no dia 30 de dezembro de 2024, pelas 10h30, o seu Pai, o utente JT, deu entrada no HDFF, com sintomas de dores nas costas e na cervical, na sequência de uma queda.
3. Após a realização de “RX” e de “TAC”, o HDFF transferiu o aludido paciente para os HUC, onde deu entrada no respetivo serviço de urgência e foi submetido a nova triagem e outro “RX”.
4. Subsequentemente, mais precisamente no dia 2 de janeiro de 2025, os HUC transferiram JR para o HDFF, tendo esta unidade hospitalar informado NT de que *“não iriam assumir a responsabilidade do tratamento conservador sugerido pela equipa”* dos HUC.
5. Neste seguimento, o utente voltou a ser transferido para os HUC, onde acabou por ser submetido a intervenção cirúrgica no dia 7 de janeiro de 2025.
6. 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 17 de julho de 2025, à abertura do presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

7. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:



- (i) Consulta dos dados constantes do SRER da ERS relativo à ULS-BM e à ULS-C, constatando-se que se tratam de entidades prestadoras de cuidados de saúde inscritas naquele SRER sob os números de registo 15677 e 21486, respetivamente;
- (ii) Apensação aos presentes autos de inquérito de todas as informações e elementos coligidos no âmbito do processo de reclamação n.º REC/3105/2025;
- (iii) Notificação da abertura dos presentes autos ao reclamante NT, diligência concretizada através de ofício datado de 22 de julho de 2025;
- (iv) Notificação da abertura dos presentes autos à ULS-BM e à ULS-C (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no artigo 31.º, n.º 1 do Estatutos da ERS), diligências concretizadas através de ofício datado de 22 de julho de 2025, e receção das respetivas respostas nos dias 29 de agosto e 12 de setembro de 2025, respetivamente;

II. DOS FACTOS

8. No dia 6 de janeiro de 2025, NT apresentou a reclamação que mais abaixo se transcreve:

“(...) como filho e acompanhante de toda a ocorrência hospitalar do utente [JT], venho por este meio demonstrar o meu desagrado e falta de cuidado com o utente, passo a explicar

*o meu pai deu **entrada nas urgências do [HGFF] no dia 30.12.2024 pelas 10:30** com serviço ambulatório, os seus sintomas eram de dores na zona da cervical e dos ombros, após uma queda em casa na sua casa de banho, após triagem fez exame "RX", onde foi visto pela urgência ortopédica a qual pediu um exame "TAC", o qual foi visto pela mesma equipa e de seguida **transferiu para o [HUC]** a qual acompanhei também até me ser permitido.*

Na urgência dos [HUC] volta a fazer triagem e passa para o serviço ortopédico, onde é realizado mais um "RX" e recolha sanguínea, segue-se o internamento na madrugada de dia 31.12.2024, onde deixo o meu pai.

Dia 2.1.2025, dia que tinha visita marcada, ligam à minha irmã pela manhã com a informação que o meu pai seria transferido para o [HGFF], sem mais explicações, ao final da tarde vou às urgências desse hospital pedir informações, do qual sou informado pela segunda equipa médica desse hospital que não iriam assumir a responsabilidade do "tratamento conservador" sugerido pela equipa dos [HUC] dado a instabilidade da lesão, e não partilharem da mesma opinião.

É pedida nova transferência para os [HUC].

Salvaguardando que nunca fui informado por uma equipa médica deste hospital do procedimento de tratamento para o meu pai: Um utente com histórico oncológico, diabético e com uma lesão na cervical andou a fazer transferências de hospitais desnecessariamente, passando por urgências duas vezes repetidas, correndo mais riscos com mudas de macas e camas, perdendo o internamento que tinha da madrugada de dia 31.12.2024, e a inacessibilidade de informação médica a qual estou alheio!

À data (6.1.2025) o meu pai continua a aguardar decisão médica, estando com um constante desconforto e dores! (...)" – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Reclamação apresentada por NT, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

9. Em sede de alegações iniciais, a ULS-C declarou o seguinte:

"(...) Depois de ouvidos o Sr. Diretor do Serviço de Urgência e o Sr. Diretor do Serviço de Ortopedia, somos a transcrever as informações que nos foram facultadas: Serviço de Urgência:

"Cumpre-me dizer que lamento os constrangimentos sofridos no serviço de urgência."

Serviço de Ortopedia:

O Sr. [JT] Foi operado em 7-01-2025.

*Relativamente à transferência recebemos os doentes referenciados pelos hospitais que se articulam connosco, mas numa época de alta pressão nas urgências, **seria melhor ter existido um contacto prévio para avaliação em comum da situação clínica**, nomeadamente quando existem diversas opiniões, possibilitando uma clarificação e discussão sobre a melhor solução."*

(...)" – Cfr. Alegações iniciais apresentadas pela ULS-C em sede do processo de reclamação n.º REC/3105/2025, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

10. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS solicitou à ULS-BM os seguintes esclarecimentos adicionais:

"1. Com referência aos factos descritos na referida exposição, descrevam todas as etapas percorridas pelo utente JT na ULS-BM, em particular as que se reportam aos três processos de transferência hospitalar acima descritos, 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;

2. Esclareçam, em concreto, se os aludidos processos de transferência hospitalar foram precedidos de contacto prévio entre os respetivos hospitais de origem e de destino, informação que deverá ser acompanhada de toda a documentação de suporte;

3. Remetam cópia das regras e/ou procedimentos internos em vigor na ULS-BM em matéria de transferências hospitalares;

4. *Procedam ao de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*” – Cfr. Ofício, datado de 22 de julho de 2025, remetido pela ERS à ULS-BM.

11. Em resposta, a ULS-BM declarou o seguinte:

“(…) **1.** (…)

*Entrada do utente JT, dia 30/12/2024, pelas 10h59m, com **sintomas de dores nas costas e na cervical, na sequência de queda.** Fez triagem às 11h14m, sendo a Enf.^a [AL] a Triadora.*

De seguida foi observado pela Dra. [SR], Médica Especialista em Imunoalergologia nos HUC, em serviço na Urgência Básica do HFFF, às 13h16m, tendo no plano o pedido de um Rx ao ombro direito e esquerdo e cervical+ Analgesia.

A Dra. [SR], transfere às 14h20m, o utente JT aos colegas de Ortopedia, em serviço na Urgência do HFFF, após discussão.

O Dr. [LM], Médico Interno do Serviço de Ortopedia em serviço na Urgência, às 14h53m, relata que o “RX cervical de difícil avaliação e coluna rígida”, pedindo um TC à cervical.

Na posse do Relatório do TAC (Cfr. Anexo II e III), às 18h33m, o Dr. [LM], relata:

“TAC da coluna cervical. Foram enviadas imagens nos três planos ortogonais. Inversão da lordose cervical. Exuberante sindesmofitose anterior e posteriores, compreendida entre C2 e C7. Constatamos fratura recente do corpo de C4, atingindo sindesnófitos anteriores, onde existe desalinhamento. Não encontramos evidência de atingimento do muro posterior. Não identificamos outros traços de fratura. O canal raquidiano é constitucionalmente amplo. Em C5-C6 e C6-C7, sindesmofitose posterior mais acentuada a provocar moldagem da medula. Em C7-D1, osteofitose difusa, mas sem repercussão medular ou radicular. O canal raquidiano é

constitucionalmente amplo. Este exame foi relatado pela Dra. [CC] – Imagiologia Clínica, relatório validado por: [SC] Em: 2024/12/30, às 16h06m.

Portanto c4 em doente com DISH, com aparente abertura posterior colar cervical contacto com colegas de Coimbra, que irão avaliar imagens”.

No dia 30/12/2024, às 18h35m o Dr. [LM], Médico Interno do Serviço de Ortopedia em serviço no serviço de Urgência foi o responsável pelo registo do pedido de transferência do utente [RT], para o CHUC SU, assim como o registo de explicação ao filho e pedido de transporte:

“para transferência CHUC SU;

De momento sem défices nvs major aparentes que não abdução de ombros

Explico a filho,

Peço transporte”.

Notas de Enfermagem:

- Dia 30/12/2024, às 11h,15m responsável Enf.^a [A] “doente com glicemia capilar – 349 mg/dl”.*

→ Ficha de Admissão Urgência dos HUC N.º (...) (Cfr. Anexo IV).

→ Ficha de Admissão Urgência do HFFF N.º (...) (Cfr. Anexo V).

No dia 02/01/2025, às 14h,19m, Transferência dos HUC para o Serviço de Urgências do HFFF

Fez triagem às 14h30m sendo a Enf.^a [AT] a Triadora. Foi-lhe atribuída a cor branca por razões clínicas. Com a Queixa “transferido dos HUC por C4, portador de SV”, foi enviado para a especialidade de Ortopedia do serviço de urgência.

Dia 02/01/2025, às 18h09m, o utente JT, foi observado pelo Dr. [JS], Médico Interno de Ortopedia e o Dr. [AM], Assistente Hospitalar de Ortopedia, ambos em serviço na Urgência, tendo o Dr. [AM] registado

o pedido de Transferência na Ficha do Utente, campo - Observações Médicas:

“doente que recorre ao SU do HFFF a 30/12 por HDA: Recorre ao SU por dor cervical e ombros após queda há 6 dias da própria altura para trás conta o armário. Após a queda iniciou dor interna nos ombros sem possibilidade de mobilizar normalmente. Sem outras queixas álgicas. Sem náuseas ou vômitos. Nega cefaleia, síncope ou lipotimia.

MH: Enalapril + Hidroclorotiazida, 20mg+12.5 mg; dapagliflozina [Forxiga], 10mg; Alopurinol, 100mg; Lercanidipina, 10mg, Alfuzosina, 10mg; Atorvanstantina, 40mg

RX com coluna rígida secundária a DISH/ espondilite anquilosante (?)

TC: Inversão da lordose cervical, exuberante sindesmofitose anterior e posterior, compreendida entre C2 e C7. Constatamos fratura recente do corpo de C4, atingindo sindesmórfitos anteriores, onde existe desalinhamento. Não encontramos evidência de atingimento do muro posterior. Não identificamos outros traços de fratura. O canal raquidiano é constitucionalmente amplo. Em C5-C6 e C6-C7, sindesmofitose posterior mais acentuada a provocar moldagem da medula. Em C7-D1, osteofitose difusa, mas sem repercussão medular ou radicular. O canal raquidiano é constitucionalmente amplo. Este exame foi relatado pela Dra. [CC] – Imagiologia Clínica, Relatório validado por: [SC] Em: 2024/12/30, às 16:06.

Encaminhado para os CHUC tendo regressado hoje com indicação de tratamento conservador

A entrada algumas queixas álgicas – melhoradas após medicação analgésica

Sem déficits NV aparentes

RX de controlo: recuperação da lordose cervical com aparente abertura C4C5 anterior e encerramento da diástase das espinhosas (no RX de entrada na medicação não calibrada superior a 2 cm)

Dada a aparente instabilidade da lesão, em doente com coluna rígida, que apesar de não haver lesão óssea posterior parece haver atingimento ligamentar posterior, contacta-se Equipa de Ortopedia SU CHUC – Dra. [RG] – que após avaliação dos exames e a impossibilidade de contacto com o colega de coluna, encaminho de novo o doente para reavaliação

Se mantida a decisão para tratamento conservador o mesmo deve ser efetuado nos CHUC e não no HDFS pelo comportamento da lesão e potencial instabilidade da mesma”.

Notas de Enfermagem:

- *Dia 02/01/2025, às 16h45m, responsável Enf.^a [IF] “O filho ligou para saber do pai, foi lhe transmitido informações com consentimento do utente e indicação médica – Realizou exames e estava a fazer medicação, seria reavaliado pelo médico e que após resultados dos exames seria decidido se será transferido para Coimbra”.*
- *02/01/2025, às 19h45m, responsável Enf.^o [DM], “O doente foi alimentado com uma sopa e uma fruta passada. Sem queixas álgicas”.*

→ Ficha de Admissão Urgência dos HUC N.º (...) (Cfr. Anexo VI).

2. (...)

→ Os Processos de transferência do HDFS, foram precedidos de contacto prévio entre os dois hospitais de origem e destino, com

apresentação dos motivos e benefícios da transferência, quadro clínico do utente, incluindo formulações de diagnóstico, prognóstico e partilha de imagens para avaliação.

→ É identificável no processo clínico do utente a identificação do responsável na origem, e no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado, bem como a identificação do profissional que efetiva o pedido de transporte do utente.

→ Foi feita a estabilização clínica do utente, necessária e adequada à capacidade técnica disponível, comunicando ao estabelecimento de destino as medidas realizadas e/ou em curso incluindo intervenções, diagnóstico e terapêuticas, assim como as notas de enfermagem, as quais ficaram registadas no respetivo processo clínico.

Na posse do Relatório do TAC, no dia 30/12/2024, às 18h33m, o Dr. [IM], Médico Interno relata (Cfr. Anexo II e V):

*“TAC da coluna cervical. Foram enviadas imagens nos três planos ortogonais. Inversão da lordose cervical. Exuberante sindesmofitose anterior e posterior, compreendida entre C2 e C7. Constatamos fratura recente do corpo de C4, atingindo sindesnófitos anteriores, onde existe desalinhamento. Não encontramos evidência de atingimento do muro posterior. Não identificamos outros traços de fratura. O canal raquidiano é constitucionalmente amplo. Em C5-C6 e C6-C7, sindesmofitose posterior mais acentuada a provocar moldagem da medula. Em C7-D1, osteofitose difusa, mas sem repercussão medular ou radicular. O canal raquidiano é constitucionalmente amplo. Este exame foi relatado pela Dra. [CC] – Imagiologia Clínica, relatório validado por: [SC]
Em: 2024/12/30, às 16h06m.*

Portanto c4 em doente com DISH, com aparente abertura posterior

colar cervical

contacto com colegas de Coimbra, que irão avaliar imagens”.

No dia 30/12/2024, às 18h35m o Dr. [LM], Médico Interno do Serviço de ortopedia em serviço no serviço de Urgência foi o responsável pelo registo do pedido de transferência do utente [JT], para o CHUC SU, assim como o registo de explicação ao filho e pedido de transporte (Cfr. Anexo II):

“para transferência CHUC SU;

De momento sem défices nvs major aparentes que não abdução de ombros

Explico a filho,

Peço transporte”.

Notas de Enfermagem:

→ Dia 30/12/2024, às 11h,15m responsável Enf.^a [AS] “doente com glicemia capilar – 349 mg/dl”.

Na posse do relatório do RX de Controlo, no dia 02/01/2025, às 18h09m, o Dr. [AM], Assistente Hospitalar de Ortopedia, relata (Cfr. Anexo V):

“doente que recorre ao SU do HDFS a 30/12 por

HDA: Recorre ao SU por dor cervical e ombros após queda há 6 dias da própria altura para trás conta o armário. Após a queda iniciou dor interna nos ombros sem possibilidade de mobilizar normalmente. Sem outras queixas álgicas. Sem náuseas ou vômitos. Nega cefaleia, síncope ou lipotimia.

MH: Enalapril + Hidroclorotiazida, 20mg+12.5 mg; dapagliflozina [Forxiga], 10mg; Alopurinol, 100mg; Lercanidipina, 10mg, Alfuzosina, 10mg; Atorvanstantina, 40mg

RX com coluna rígida secundária a DISH/ espondilite anquilosante (?)

TC: Inversão da lordose cervical, exuberante sindesmofitose anterior e posterior, compreendida entre C2 e C7. Constatamos fratura recente do corpo de C4, atingindo sindesmórfitos anteriores, onde existe desalinhamento. Não encontramos evidência de atingimento do muro posterior. Não identificamos outros traços de fratura. O canal raquidiano é constitucionalmente amplo. Em C5-C6 e C6-C7, sindesmofitose posterior mais acentuada a provocar moldagem da medula. Em C7-D1, osteofitose difusa, mas sem repercussão medular ou radicular. O canal raquidiano é constitucionalmente amplo. Este exame foi relatado pela Dra. [CC] – Imagiologia Clínica, Relatório validado por: [SC] Em: 2024/12/30, às 16:06.

Encaminhado para os CHUC tendo regressado hoje com indicação de tratamento conservador

A entrada algumas queixas álgicas – melhoradas após medicação analgésica

Sem deficits NV aparentes

RX de controlo: recuperação da lordose cervical com aparente abertura C4C5 anterior e encerramento da diástase das espinhosas (no RX de entrada na medicação não calibrada superior a 2 cm)

*Dada a aparente instabilidade da lesão, em doente com coluna rígida, que apesar de não haver lesão óssea posterior parece haver atingimento ligamentar posterior, contacta-se Equipa de Ortopedia SU CHUC – **Dra. [RG]** – que após avaliação dos exames e a impossibilidade de contacto com o colega de coluna, encaminho de novo o doente para reavaliação*

Se mantida a decisão para tratamento conservador o mesmo deve ser efetuado nos CHUC e não no HDFS pelo comportamento da lesão e potencial instabilidade da mesma”.

Notas de Enfermagem (Cfr. Anexo V):

→ *Dia 02/01/2025, às 16h,45m, responsável Enf.^a [IF] “O filho ligou para saber do pai, foi lhe transmitido informações com consentimento do utente e indicação médica – Realizou exames e estava a fazer medicação, seria reavaliado pelo médico e que após resultados dos exames seria decidido se será transferido para Coimbra”.*

→ *02/01/2025, às 19h45m, responsável Enf.º [DM], “O doente foi alimentado com uma sopa e uma fruta passada. Sem queixas álgicas”.*

3. (...)

Documentos Internos disponíveis na Intranet Institucional:

- *PT.DIR.CLI.14.1 – Transferência Inter-Hospitalar, Aprovado pelo CA – 20/06/2024, Ata n.º 24 (Cfr. Anexo VII);*
- *PT.29.2 – Cuidados de Enfermagem nas Transferências Inter-Hospitalares, Aprovado pelo CA – 20/06/2024, Ata n.º 24 (Cfr. Anexo VIII);*
- *IMP.52 – Transferência de doentes entre instituições – simultaneidade de episódios agrupados em GDH, Aprovado pelo CA – 12/11/2015, Ata n.º 43 (Cfr. Anexo IX);*
- *IMP.75 – Avaliação prévia ao transporte de utentes, Aprovado pelo CA – 06/04/2021, Ata n.º 16 (Cfr. Anexo X);*
- *IMP.76 – Transporte de utentes críticos – Lista de verificação para o transporte secundário, Aprovado pelo CA – 02/03/2021, Ata n.º 09 (Cfr. Anexo XI).*

4. (...)

As transferências da ULSBM - HDFS, foram acompanhadas da documentação clínica e administrativa referida no ponto 1 e 2 (anexos II e V), a qual permitiu assegurar a continuidade dos cuidados pela unidade de destino.

No momento das transferências não foram emitidas as cartas de acompanhamento, tendo sido remetidas em alternativa as Fichas Clínicas do Utente acompanhadas dos exames complementares disponíveis.

Esta documentação foi considerada suficiente para assegurar a continuidade dos cuidados clínicos, pela unidade de destino.

Mais se informa que a ULSBM, se encontra a avaliar internamente os seus procedimentos de transferência, com vista a garantir um alinhamento integral com o regulamento da ERS, n.º 964/2020, de 3 de novembro, designadamente no que respeita à utilização de modelos documentais uniformes.

(...)” – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 29 de agosto de 2025, remetida pela ULS-BM à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

12. Efetivamente, em anexo à referida comunicação, a ULS-BM remeteu à ERS a documentação acima descrita, nomeadamente:

- Ficha Episódio de Urgência de JT no HDFS, mais precisamente no dia 30 de dezembro de 2024 (Anexo II);
- Cópia do relatório da TC da Coluna Vertical, a qual foi realizada no HDFS em 30 de dezembro de 2024 (Anexo III);
- Ficha Episódio de Urgência de JT no HUC, mais precisamente no dia 30 de dezembro de 2024 (Anexo IV);
- Ficha Episódio de Urgência de JT no HDFS, mais precisamente no dia 2 de janeiro de 2024 (Anexo V);

- Ficha Episódio de Urgência de JT no HUC, mais precisamente no dia 2 de janeiro de 2024 (Anexo VI);
- PT.DIR.CLI.14.1 – Transferência Inter-Hospitalar, Aprovado pelo CA – 20/06/2024, Ata n.º 24 (Anexo VII);
- PT.29.2 – Cuidados de Enfermagem nas Transferências Inter-Hospitalares, Aprovado pelo CA – 20/06/2024, Ata n.º 24 (Anexo VIII);
- IMP.52 – Transferência de doentes entre instituições – simultaneidade de episódios agrupados em GDH, Aprovado pelo CA – 12/11/2015, Ata n.º 43 (Anexo IX);
- IMP.75 – Avaliação prévia ao transporte de utentes, Aprovado pelo CA – 06/04/2021, Ata n.º 16 (Anexo X);
- IMP.76 – Transporte de utentes críticos – Lista de verificação para o transporte secundário, Aprovado pelo CA – 02/03/2021, Ata n.º 09 (Anexo XI).

– Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 29 de agosto de 2025, remetida pela ULS-BM à ERS.

13. Por outro lado, no âmbito do mencionado processo de inquérito, foram solicitados à ULS-C os seguintes esclarecimentos complementares:

“1. Com referência aos factos descritos na referida exposição, descrevam todas as etapas percorridas pelo utente JT na ULS-C, em particular as que se reportam aos três processos de transferência hospitalar acima descritos, 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;

2. Esclareçam, em concreto, se os aludidos processos de transferência hospitalar foram precedidos de contacto prévio entre os respetivos hospitais de origem e de destino, informação que deverá ser acompanhada de toda a documentação de suporte;

3. Remetam cópia das regras e/ou procedimentos internos em vigor na ULS-C em matéria de transferências hospitalares;

4. Procedam ao de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. Ofício, datado de 22 de julho de 2025, remetido pela ERS à ULS-C.

14. Em resposta, a ULS-C pronunciou-se nos seguintes termos:

“(…) O utente em causa percorreu diferentes etapas assistenciais, tendo ocorrido três episódios de transferência inter-hospitalar, todos devidamente registados nos sistemas clínicos e acompanhados da identificação dos profissionais intervenientes em cada momento.

Assim, no dia 30/12/2024, foi transferido do Serviço de Urgência do [HDFE], pertencente à [ULS-BM], para o Serviço de Urgência Geral da [ULS-C] ([HUC]), conforme se encontra documentado no anexo 1. Após a respetiva admissão, permaneceu internado na [ULS-C] até 02/01/2025, data em que teve alta com destino ao [HDFE], informação detalhada nos anexos 2 e 3.

No mesmo dia 02/01/2025 o utente voltou a ser transferido para a [ULS-C], conforme evidenciado no anexo 4. Seguiu-se um novo período de internamento na [ULS-C], que decorreu até 25/03/2025, data em que teve alta hospitalar, encontrando-se a identificação dos profissionais intervenientes nestes episódios constante dos anexos 5 e 6.

Relativamente à questão da existência de contacto prévio entre as duas instituições, esclarece-se que o mesmo ocorreu e se encontra documentado nos registos clínicos em anexo, constituindo a respetiva evidência.

No que concerne à existência de procedimentos internos para a regulação das transferências inter-hospitalares, importa clarificar que estas situações se encontram integralmente enquadradas pelas normas oficiais em vigor, as quais são rigorosamente observadas e aplicadas em todos os episódios de transferência realizados no Serviço de Urgência da [ULS-C].

Cumpra ainda referir, a título de elemento adicional relevante, que a transferência de doentes com trauma para a [ULS-C] deve ser precedida de contacto prévio através da via verde de trauma, mecanismo que já integra o apoio de telemedicina e que se encontra atualmente em funcionamento, assegurando maior eficácia na coordenação clínica entre instituições. (...)” – Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 9 de setembro de 2025, remetida pela ULS-C à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

15. De facto, em anexo à referida comunicação, a ULS-C remeteu à ERS os seguintes documentos com relevância para os presentes autos:

- Ficha Episódio de Urgência de JT no HFFF, mais precisamente no dia 30 de dezembro de 2024;
- Ficha Episódio de Urgência de JT no HUC, mais precisamente no dia 30 de dezembro de 2024, sendo realçar as seguintes passagens:

“(...) *Data Urg.:* **30-Dez-2024 22:22:09** (...)”

Triagem

Data / Hora da Triagem: 30/12/2024 23:02:28

Prioridade Clínica: Amarelo (...)

Queixa: Dor cervical, em contexto de traumatismo recente.

Referenciado para Ortopedia. (...)

Triador: Enf. [RN]

Observações médicas

30-Dez-2024 23:22:17 Dr. [DM] HUC-URG ORTOPEDIA

76 anos, sexo masculino.

Transferido do hospital da Figueira da Foz:

HDA: Recorre ao SU por dor cervical e ombros apos queda há 6 dias da própria altura para trás contra um armário. Apos a queda

iniciou dor interna nos ombros sem possibilidade de mobilizar normalmente. Sem outras queixas algicas. sem nauseas ou vomitos.

Nega cefaleia, síncope ou lipotimia (...)

Imobilizado com colar cervical.

Sem défices neurológicos objetiváveis. Nega parestesias. (...)

31-Dez-2024 00:19:51 Dr. [DM] HUC-URG ORTOPIEDIA (...)

Indicação prévia por especialista de setor da coluna para transferência e internamento.

Peço rotinas pré operatórias.

31-Dez-2024 08:58:17 Dr. [DM] HUC-URG ORTOPIEDIA (...)

Faço tabela (...)

Destino do Doente

Destino : 3 - SERVICO DE INTERNAMENTO - HUC-ORTOPIEDIA

Médico : 35158 - DR. [LG]

Data : 31-Dez-2024 11:36:00"

- Nota de alta do utente JT do HUC, mais precisamente do Serviço de HUC-Ortopedia / Unidade D (Ortopedia D), importando destacar os seguintes trechos:

*"(...) **Alta médica: 02 Janeiro 2025** (...)*

História Clínica

76 anos, sexo masculino.

Transferido do [HDFE]:

HDA: Recorre ao SU por dor cervical e ombros apos queda há 6 dias da própria altura para trás contra um armário. Apos a queda iniciou dor interna nos ombros sem possibilidade de mobilizar normalmente.



Sem outras queixas álgicas. sem náuseas ou vômitos. Nega cefaleia, síncope ou lipotimia

MH : Enalapril + Hidroclorotiazida, 20 mg + 12.5 mg;Dapagliflozina [Forxiga], 10 mg;Alopurinol, 100mg;Lercanidipina, 10 mg,Alfuzosina, 10 mg;Atorvastatina, 40 mg

Nega alergias medicamentosas

Imobilizado com colar cervical.

Sem défices neurológicos objetiváveis. Nega parestesias.

Revista TC coluna cervical: fratura da parede anterior do corpo de C4. Sem atingimento da parede posterior ou elementos posteriores.

*Para tratamento conservador. **Transfere-se para hospital da area de residencia após contacto***

Proposta de monitorização e tratamento

Mantém colar cervical.

PARa seguimento no H. área de residência (...)

Dr.(a) [JMM]"

- *Ficha Episódio de Urgência de JT no HDFF, mais precisamente no dia 2 de janeiro de 2024;*
- *Ficha Episódio de Urgência de JT no HUC, mais precisamente no dia 2 de janeiro de 2024, sendo de realçar as seguintes passagens:*

"(...) Data Urg.: 02-Jan-2025 23:34:22 (...)

Triagem

Data / Hora da Triagem: 02/01/2025 23:46:28

Prioridade Clínica: Amarelo (...)

Queixa: Doente ref para ortopedia

Queda da própria altura, refere dor a nível dos ombros com impotência funcional

Vem dos HFFF com diagnostico de # corpo C4 desalinhada

Triador: Enf. [AA]

Observações médicas

03-Jan-2025 00:18:06 Dr. [RC] / HUC-URG ORTOPEDIA

Masc, 76

Doente transferido do Hospital distrital da Figueira da Foz (...)

Portanto doente que esteve neste SU a 31/12/2024 por fratura cervical tendo tido alta para tratamento conservador - hoje foi ao HFFF que transfere novamente o doente para este SU.

Para decisão pelo chefe de equipa

03-Jan-2025 01:42:48 Dr. [RC] / HUC-URG ORTOPEDIA

Adenda:

Doente esteve internado neste hospital até hoje, tendo sido transferido para o HFFF apos contacto.

Enviado novamente a este SU no final do dia com informação infra

03-Jan-2025 09:53:41 Dr. [DM] / HUC-URG ORTOPEDIA

Ortopedia-Coluna

Pedido reavaliação por Hospital Figueira da Foz em contexto de fratura de C4 em contexto de coluna rígida.

Avaliação de TC e Rx dinâmicos - fratura em extensão de C4, contexto de DISH. No Rx em ortostatismo evidente fulcro a nível de C4 com encerramento das espinhosas, fratura da zigapofise esquerda, sem desalinhamento evidente.

Admite-se caso borderline, face à situação opta-se por internar o paciente e propor estabilização cirúrgica. (...)

Destino do Doente

Destino : 3 - SERVIÇO DE INTERNAMENTO - HUC-ORTOPEDIA

Médico : 72257 - DR. [ASB]

Data : 03-Jan-2025 17:02:00"

- Nota de alta do utente JT do HUC, mais precisamente do Serviço de HUC-Ortopedia / Unidade D (Ortopedia D), importando destacar os seguintes trechos:

*"(...) **Alta médica: 24 Março 2025** (...)*

Evolução no internamento

Submetido a 07.01:

"Fratura em extensão de C4, contexto de DISH. No Rx em ortostatismo evidente fulcro a nível de C4 com encerramento das espinhosas, fratura da zigapofise esquerda, sem desalinhamento evidente. Portanto fratura de 3 colunas em coluna rígida.

Exame neurológico prévio: Suspeita de síndrome centro-medular prévio - défice global de força muscular nos membros

superiores - 1/5 de C5, 4/5 de C6, C7, C8 e T1. Sem défices motores evidentes nos membros inferiores.

Fixação anterior C3-C4-C5-C6 com placa anatómica anterior Vectra 60. "

RM controlo 20.01: "estenose canalar importante a nível C4-C5 de origem posterior - provável infolding ligamento amarelo."

Submetido a 21.01:

"Estenose canalar grave C4-C5 de origem predominante posterior - provável infolding ligamento amarelo. Status pós fixação

anterior C3-C4-C5-C6 com placa anatómica anterior Vectra 60. Contusão medular com paralisia de C5 e marcha atáxica.

Laminectomia C4-C5.

~Sem intercorrências"

Dados da alta do internamento

Estado Clínico: Melhorado Destino: Outro Hospital

Continuação de terapêutica fisiátrica específica.

(...)

Dr.(a) [CJ] (...)"

– Negrito e sublinhado nosso. Cfr. Comunicação (e respetivos anexos), datada de 9 de setembro de 2025, remetida pela ULS-C à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

III. DO DIREITO

III.1. Da missão e das atribuições legais da ERS

16. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS "*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*", sinalizando a alínea b) do 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*".

17. 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).

18. Resulta, pois, inequívoco que ULS-BM e a ULS-C 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.

19. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei” (alínea b)), o de “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea c)) e, bem assim, o de “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade” (alínea d)).

20. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.

21. 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”.

22. 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)).

23. 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)).

24. 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)).

25. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.

26. 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”.

27. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa referir que “[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)..

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

28. 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 proteção 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).

29. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à proteção 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)).

30. 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 proteção 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).
31. 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).
32. 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.º1).
33. 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.

34. Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que *“[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses”,* bem como *“os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável”* (n.º 2)¹.
35. 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

¹ 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.

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.

36. 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.

37. Ora, a ULS-BM e a ULS-C são entidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS (artigo 3.º, n.º 1, alínea b do novo estatuto do SNS), pelo que a sua atuação se encontra vinculada àquelas notas caracterizadoras.

III.3. Dos direitos do utente dos serviços de saúde: acesso universal e adequação dos cuidados de saúde

38. Conforme atrás se fez notar, a LBS consagra o princípio do acesso universal dos utentes ao SNS (Base 20, n.º 2, alínea a)), o que decorre, aliás, dos comandos constitucionais previstos no artigo 64.º, n.º 2, alínea a) da CRP.

39. Nas palavras de Gomes Canotilho e de Vital Moreira, “[a] *universalidade confere a todos o direito de recorrer ao SNS sem seletividade nem discriminações (...) o que supõe a adequada cobertura territorial do país com unidades de saúde (...)*”².

² Canotilho, J.J. Gomes e Moreira, Vital, in Constituição da República Portuguesa Anotada, Volume I, artigos 1.º a 107.º, 4.ª edição revista, Coimbra Editora, 2007, página 827.

40. Por outro lado, 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”*.
41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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”*.

45. 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).
46. 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.
47. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, temporal e qualitativa.
48. 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.
49. 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).
50. 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.
51. 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. Da transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

52. 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.
53. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou o Regulamento n.º 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).
54. 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”*.
55. 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.

56. 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.
57. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.
58. 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).
59. 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).
60. 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”*.

61. 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”.
62. 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”.
63. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem³ (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino⁴ (artigo 5.º).
64. 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 confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente” – Cfr. Artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1 do Regulamento.
65. 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.
66. 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

³ 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.

⁴ 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.

de cuidados de saúde fica garantida no estabelecimento de destino –
Cfr. Artigo 12.º, n.º 1 do Regulamento.

67. 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.

68. 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 acompanhamento⁵ 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 dos cuidados de saúde prestados, e que o transporte se faça com utilização dos recursos

⁵Quer 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.

humanos e materiais necessários (...) – Cfr. Artigos 4.º, alíneas c) a f) e 11.º do Regulamento.

69. 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.

70. 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.

71. 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).

72. Além disso, nestas situações o estabelecimento de origem deve, 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).

73. 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.

74. Noutra ordem de considerações, o n.º 1 do artigo 6.º 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”.

75. 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).

76. 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”.

IV. Da análise da situação concreta

77. Na sequência das diligências de averiguação encetadas e, bem assim, da análise atenta e rigorosa dos elementos carreados para os presentes autos, logrou-se apurar, em síntese, o seguinte:

- a) No dia 30 de dezembro de 2024, mais precisamente pelas 10h59m, o utente JT deu entrada no serviço de urgência do HDFF, com sintomas de dores nas costas e na cervical, na sequência de queda;
- b) Volvidos alguns minutos, em concreto pelas 11h14m daquele dia, a Enfermeira AL – a qual, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HDFF -, procedeu à triagem de JT, atribuindo-lhe a prioridade clínica urgente;
- c) Seguidamente, a Dra. SR - médica especialista em imunoalergologia nos HUC, mas que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HDFF -, procedeu à avaliação de JT, concluindo pela necessidade de o utente realizar um RX ao ombro direito e esquerdo e cervical, acompanhado de analgesia;
- d) Após discussão da situação do utente, a Dra. SR transferiu o utente para o serviço de ortopedia do HDFF, mais concretamente pelas 14h20m;
- e) No serviço de ortopedia, o Dr. LM - médico interno do serviço de ortopedia que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HDFF -, após análise do RX realizado pelo utente (“RX cervical de difícil avaliação e coluna rígida”), prescreveu a realização de um TC cervical;

- f) Na sequência da análise da TC cervical realizada, que revelou “*fratura recente do corpo de C4, atingindo sindesmófitos anteriores, onde existe desalinhamento*”, o Dr. LM concluiu pela necessidade de transferir JT para o HUC, para que as imagens dos exames realizados fossem analisadas pelos profissionais do aludido hospital de destino;
- g) Para efeitos de concretização da aludida transferência inter-hospitalar, o HDFF, por intermédio do Dr. LM, contactou previamente o HUC, no sentido de descrever a situação do utente, expor as razões que motivavam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o JT;
- h) Do mesmo modo, o Dr. LM registou também no processo clínico do utente a realização daquele contacto prévio, o que fez, nomeadamente, pelas 18h33m do dia 30 de janeiro de 2024;
- i) No entanto, para efeitos de concretização da transferência inter-hospitalar descrita na alínea g), o HDFF, por intermédio do Dr. LM ou de qualquer outro profissional que, à data, se encontrasse ao seu serviço, não registou no processo clínico de JT a identificação do profissional que efetivaria o transporte do utente, nem do responsável pela transferência no HUC, apenas registando a seguinte informação: “*contacto colegas de coimbra, irao avaliar imagens*”;
- j) Assim, às 21h54m do mencionado dia 30 de janeiro de 2024, o HDFF, após contacto com o acompanhante do utente e disponibilização do competente meio de transporte, transferiu JT para os HUC, onde o paciente veio a ser admitido pelas 22h22m;
- k) Ora, pelas 23h02min do referido dia, o Enfermeiro RN - o qual, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HUC -, procedeu à triagem de JT, atribuindo-lhe a prioridade clínica urgente;

- l) Posteriormente, mais precisamente pelas 23h22m e pelas 00h19m do dia seguinte, a Dra. DM – médica que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções do HUC – procedeu à avaliação de JT, finda a qual concluiu pela necessidade de internamento do utente no Serviço de HUC-ortopedia / Unidade D (ortopedia D);
- m) Após alguns dias de internamento no mencionado serviço, o HUC, por intermédio do Dr. JMM – médico que, à data, se encontrava ao serviço e sob as ordens e instruções daquela unidade hospitalar – decidiu transferir JT, em 2 de janeiro de 2025, para o hospital da sua área de residência, o HDFF;
- n) Para efeitos de concretização da aludida transferência inter-hospitalar, o HUC, por intermédio do Dr. JMM, contactou previamente o HDFF, no sentido de descrever a situação do utente, expor as razões que motivavam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o JT;
- o) No mesmo sentido, o Dr. JMM registou também no processo clínico do utente a realização daquele contacto prévio, o que fez, nomeadamente, na respetiva nota de alta;
- p) No entanto, para efeitos de concretização da transferência inter-hospitalar descrita na alínea g), o HUC, por intermédio do Dr. JMM ou de qualquer outro profissional que, à data, se encontrasse ao seu serviço, não registou no processo clínico de JT a identificação do profissional que efetivaria o transporte do utente, nem do responsável pela transferência no HDFF, apenas registando a seguinte informação: “*Transfere-se para hospital da area de residencia após contacto*”;
- q) Deste modo, às 14h19m do dia 2 de janeiro de 2025, JT foi admitido no HDFF, onde foi observado pelo Dr. JS e pelo Dr. AM - médico interno de ortopedia e assistente hospitalar de

ortopedia, respetivamente, ambos ao serviço e sob as ordens e instruções daquela unidade hospitalar;

- r) Na sequência da referida avaliação, e considerando a “*aparente instabilidade da lesão, em doente com coluna rígida, que apesar de não haver lesão óssea posterior parece haver atingimento ligamentar*”, concluíram pela necessidade de transferir JT para o HUC;
- s) Previamente, o HDFS, por intermédio do Dr. AM, contactou previamente o HUC, mais concretamente a Dra. RG, no sentido de descrever a situação do utente, expor as razões que motivavam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o JT;
- t) Do mesmo modo, o Dr. AM registou no processo clínico de JT a realização daquele contacto prévio, bem como a identificação dos respetivos responsáveis na origem (AM) e no destino (RG);
- u) Destarte, pelas 22h27m do dia 2 de janeiro de 2025, o HDFS transferiu JT para o HUC, onde o utente viria a ser admitido às 23h34m;
- v) No HUC, após avaliação do utente levada a cabo pela Dra. RC e pelo Dr. DM – médicos que, à data, se encontravam ao serviço e sob as ordens e instruções daquela unidade hospitalar – foi decidido transferir JT para o Serviço de HUC-ortopedia / Unidade D (ortopedia D), onde o paciente permaneceu até 24 de março de 2025, data em que lhe foi atribuída alta.

78. Conforme resulta do elenco de factos apurados, a situação em apreço reconduz-se, grosso modo, à problemática das transferências inter-hospitalares, razão pela qual será necessária chamar à colação do disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro.

79. Na verdade, não subsistem dúvidas de que se tratam de três processos de transferência inter-hospitalar - do HDFS para o HUC, em 30 de dezembro de 2024; do HUC para o HDFS, no dia 2 janeiro de 2025 e do

HDFF para o HUC no mesmo dia 2 de janeiro de 2025 - no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes, no primeiro e no terceiro caso, - como atesta, aliás, a prioridade clínica atribuída a JT nos respetivos processos de triagem efetuado nos hospitais de origem e de destino – e para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade, no segundo caso (artigo 2.º, n.º 1, alíneas a) e c) daquele Regulamento).

80. Do mesmo modo, resulta inequívoco que as decisões que conduziram à concretização dessas transferências consubstanciam atos médico da responsabilidade dos respetivos profissionais ao serviço dos hospitais de origem (artigo 7.º, n.º 1 do mesmo diploma legal), em concreto: o Dr. LM, no caso da primeira transferência; o Dr. JMM, no caso da segunda transferência e o Dr. AM, no caso da última das três transferências.

81. Dito isto, conforme resulta das alíneas i) e p) dos factos apurados, é inequívoco que, na primeira e na segunda transferência inter-hospitalar do utente JT, os respetivos hospitais de origem – HDFF e HUC, respetivamente -, incumpriram a obrigação que sobre ambos impendia de registar no processo clínico do utente a identificação do responsável pela transferência no hospital de destino.

82. No primeiro caso, o Dr. LM, nos registos então efetuados, apenas fez menção à realização de um “*contacto [prévio com] colegas de coimbra*”, sem identificar, em concreto, o médico do HUC que assumia responsabilidade pela sobredita transferência.

83. No segundo caso, o Dr. JM, na nota de alta então emitida, fez uma referência igualmente genérica, aludindo ao contacto prévio junto do HDFF, mas sem identificar o respetivo responsável pela transferência no hospital de destino.

84. Atuação, ressalve-se, que contrasta com a do HDFF aquando da terceira transferência, tendo o Dr. AM neste último caso identificado a Dr. RG como responsável pela transferência no HUC.

85. Ora, conforme acima se fez notar, no âmbito de uma transferência inter-hospitalar, compete ao respetivo hospital de origem a identificação dos responsáveis no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado, bem como a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente (artigo 8.º, n.º 2 do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro).
86. Assim, ao atuar nos termos supra descritos, o HDFS, em 30 de dezembro de 2024, e o HUC, em 2 de janeiro de 2025, incumpriram o disposto no mencionado preceito legal.
87. Incumprimento, note-se, que se repercutiu nos cuidados de saúde prestados ao utente, cuja integração e continuidade não foi salvaguardada nas duas ocasiões (Base 2, n.º 1, alínea b) da LBS e artigo 4.º do Lei n.º 15/2014, de 21 de agosto).
88. Não obstante, da análise dos procedimentos internos da ULS-BM sobre transferências hospitalares, verifica-se que o disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro se encontra, grosso modo, ali contemplado.
89. Ainda assim, considerando a factualidade apurada na situação em apreço, entende-se que se justifica a emissão da instrução com o teor adiante reproduzido, no intuito de se garantir que os referidos procedimentos são do conhecimento dos seus profissionais e por eles efetivamente cumpridos.
90. No caso da ULS-C, não tendo sido remetida cópia “*das normas oficiais*” ali em vigor em matéria de transferências inter-hospitalares, a instrução a emitir, tendo os mesmos fundamentos, será mais detalhada, conforme adiante se constatará.
91. Finalmente, considerando que, nos termos do disposto no artigo 13.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, 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*”,

deverá ser determinada, a final, a abertura dos respetivos processos de contraordenação contra a ULS-BM, entidade responsável pelo HDFF, e a ULS-C, entidade responsável pelo HUC.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

92. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a ULS-BM, a ULS-C e o reclamante NT.

93. Todavia, decorrido o prazo legal concedido para o efeito, somente a ULS-BM se pronunciou por escrito sobre o teor daquele projeto de deliberação, o que fez nos termos que mais abaixo se transcrevem:

“(...) [V]imos, por este meio, pronunciarmo-nos, sobre o conteúdo do referido projeto de deliberação:

I. A ULSBM, EPE para garantir, em permanência, que, no decurso de um processo de transferência inter-hospitalar, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos/as utentes, nomeadamente o de aceder a cuidados seguros e de qualidade, num período de tempo clinicamente aceitável e sem quebras do nível assistencial, tem procedimentos aprovados e divulgados (evidências em anexo) e vai realizar, durante o 1.º semestre deste ano, uma auditoria interna a este processo, ao ano de 2025, sendo esta da responsabilidade do Serviço de Auditoria Interna (Lista de verificação em anexo).

II. Na divulgação de documentos aprovados pelo Conselho de Administração, por correio eletrónico, a todos/as os /as profissionais (CE 336.24, de 21 de junho), está evidenciado que se considera “efetiva a divulgação das

informações/orientações, contidas no respetivo e-mail, a todos/as profissionais”, bem como aí é referida a sua disponibilidade na intranet, com indicação do respetivo “caminho”.

Também o PT.DIR.CLI.14, foi revisto e aprovado (evidência anexa), no que diz respeito ao seu ponto 3 - Garantir que a carta de transferência acompanha o/a utente, tendo em atenção a necessária proteção de dados pessoais do/a utente -, pois, atualmente com a possibilidade de consulta eletrónica (RSE) da informação clínica, esta carta de transferência só se justifica nos casos de falência dos sistemas de informação ou em casos de transferência para entidades privadas. Realizada a sua divulgação (CE 067.26, de 6 de fevereiro), de acordo com o descrito no parágrafo anterior (evidência anexa), relembrando a importância do cumprimento das orientações contidas nos documentos aprovados.” (...) – Cfr. Pronúncia escrita apresentada pela ULS-BM, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

94. Efetivamente, em anexo à referida pronúncia, a ULS-BM remeteu os seguintes documentos:

- CE 336.24 - Divulgação de documentos do SGQ aprovados;
- CE 336.24 - DIVULGAÇÃO PT.DIR.CLI.14; PT.29docx;
- LV AI proc transferências IH;
- CE 067.26 - DIVULGAÇÃO PT.DIR.CLI.14.2.docx;
- E-Mail divulgação CE 067 todos/as;
- PT.DIR.CLI.14.2 - Transferências inter-hospitalares;

–Cfr. Pronúncia escrita apresentada pela ULS-BM, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

95. Conforme se percebe da análise da referida pronúncia escrita e, bem assim, da respetiva documentação de suporte, a ULS-BM deu

conhecimento à ERS das medidas e dos procedimentos adotados para efeitos de cumprimento da instrução projetada que lhe era dirigida.

96. Não obstante o exposto, e tendo em vista garantir a efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa, bem como a adequação integral e permanente do comportamento da ULS-BM, por forma a prevenir a repetição de situações como a dos presentes autos, mantém-se a necessidade de intervenção regulatória por parte da ERS.

97. Nesse sentido, justifica-se a revisão parcial da instrução projetada, nomeadamente por via da supressão da sua alínea (iii).

98. No que diz respeito à ULS-C, não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos ou elementos que justifiquem a revisão, total ou parcial, da instrução que lhe era dirigida, razão pela qual se justifica a sua manutenção na íntegra.

VI. DECISÃO

99. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, 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 à Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E. P. E.:

- (i) Garantir, em permanência, que, no decurso de um processo de transferência inter-hospitalar, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o de aceder a cuidados de adequados, num período de tempo clinicamente aceitável e sem quebras do nível assistencial, em conformidade com o estabelecido na Base 2, n.º 1, alínea b) da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro;

- (ii) Assegurar que os procedimentos internos em vigor sobre transferências inter-hospitalares são do conhecimento dos seus profissionais e por eles efetivamente cumpridos, 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;

100. Ao abrigo das disposições legais identificadas no n.º 91 do presente projeto de deliberação, mais se propõe ao Conselho de Administração da ERS emitir uma instrução à Unidade Local de Saúde de Coimbra, E. P. E.:

- (i) Garantir, em permanência, que, no decurso de um processo de transferência inter-hospitalar, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o de aceder a cuidados de adequados, num período de tempo clinicamente aceitável e sem quebras do nível assistencial, em conformidade com o estabelecido na Base 2, n.º 1, alínea b) da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro;
- (ii) Adotar os procedimentos e/ou as regras internas necessárias para efeitos de cumprimento do disposto na alínea precedente;
- (iii) Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou as normas internas descritos em (ii) são do conhecimento dos seus profissionais e por eles efetivamente cumpridas, 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;
- (iv) 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;



101. 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”.

102. 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, 26 de fevereiro de 2026

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto,
Portugal, 2026

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).



Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt

