

## **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/032/2020;

#### **I. DO PROCESSO**

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

1. No dia 5 de fevereiro de 2020, a ERS tomou conhecimento da reclamação subscrita por ED, visando a atuação, por um lado, do Hospital da Luz – Póvoa de Varzim” (HL-PV) – estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra ao “Hospor – Hospitais Portugueses, S.A.” (HHP), entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º de registo 13327 – e, por outro, da Santa Casa da Misericórdia de Fão (SCMF) – entidade, igualmente, prestadora de cuidados de saúde e inscrita no SRER da ERS sob o n.º de registo 13197.
2. Na supramencionada reclamação, à qual foi atribuído o n.º REC/11967/2020, o exponente imputa àqueles prestadores de cuidados de saúde um conjunto de erros e/ou omissões no atendimento em situação de doença aguda (sintomas de enfarte agudo do miocárdio), os

- quais, prossegue, se traduziram na existência de múltiplos constrangimentos na referenciação do utente para urgência hospitalar e posterior transferência inter-hospitalar.
3. Erros e/ou omissões que, de acordo com a aludida reclamação, resultam da reiterada desvalorização da situação clínica do utente por parte dos prestadores acima identificados.
  4. O utente alega, pois, que na madrugada do dia 14 de setembro de 2019 recorreu ao HL-PV, em razão de dor no peito e mal-estar generalizado, tendo-lhe sido administrada alguma medicação após a realização, naquela instituição, de um conjunto de análises e exames.
  5. Refere que, ainda nessa madrugada, lhe foi concedida alta, com a indicação de, na manhã daquele dia, realizar novos exames e análises.
  6. Em cumprimento do solicitado, dirigiu-se ao HL-PV na manhã do dia 14 de setembro, tendo-lhe sido referido pela referida instituição que “ao sábado” não existia “*médico/serviço de cardiologia*”, motivo pelo qual se deslocou à SCMF, onde logrou realizar “*análises ao sangue e eletrocardiograma*”.
  7. Não tendo conseguido realizar na SCMF todos os exames prescritos pelo médico do serviço de urgência do HL-PC, o utente dirigiu-se novamente a este estabelecimento, realizando, no dia 16 de setembro, ecografia com doppler associado e prova de esforço, durante a qual se sentiu mal, necessitando mesmo de interrompê-la.
  8. Nesta sequência, foi atendido por médico cardiologista do HL-PV que lhe entregou uma carta fechada, advertindo-o de que se deveria dirigir “*já para o Hospital de Braga, E.P.E.*” (HB).
  9. Assustado e ainda combalido, o utente entrou em contacto com serviço de emergência médica descrevendo o sucedido e solicitando auxílio e transporte para o HB, o que lhe terá sido recusado numa primeira fase.
  10. De imediato, e com o mesmo propósito, entrou em contacto com os Bombeiros Voluntários de Fão (BVF), tendo estes alertado o utente que aquele pedido deveria ser formulado junto do INEM.
  11. Volvidos alguns minutos, e na sequência de alerta do Corpo de Bombeiros de Esposende (CBE) em relação à situação do utente, os BVF, por indicação do CODU-NORTE, deslocaram-se ao local da ocorrência e prestaram os primeiros socorros ao utente até à chegada da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Barcelos.
  12. Após avaliação do médico da VMER, foi dada indicação aos BVF para procederem ao transporte do utente para o HB, o que sucedeu sem o acompanhamento daquele médico.

13. ED deu assim entrada no Serviço de Urgência do HB às 18h50 do dia 16 de setembro de 2019, onde foi sujeito a cateterismo de urgência, tendo, posteriormente, sido diagnosticado com um “*enfarte agudo do miocárdio inferior evoluído*”.
14. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos descritos pelo exponente e, ademais, em cumprimento das suas atribuições e competências, o Conselho de Administração da ERS deliberou, em 4 de março de 2020, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/032/2020, no sentido de apurar se, *in casu*, se verificaram “*verdadeiras falhas atentatórias do direito de acesso a uma prestação integrada, continuada e tempestiva de cuidados de saúde, daí emergindo a concomitante violação de diversos normativos que à ERS cabe acautelar na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, designadamente, o direito de acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde necessários e adequados à situação clínica do utente E.D.*” – Cfr. Proposta de abertura de processo de inquérito.

## I.2. Diligências

15. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
- (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao HHP e à SCMF, constatando-se que os mesmos são estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde inscritos no SRER da ERS sob os n.ºs de registo 13327 e 13197, respetivamente;
  - (ii) Notificação da abertura de processo de inquérito ao exponente ED, concretizada por via de ofício datado de 09 de março de 2020;
  - (iii) Notificação da abertura de processo de inquérito ao prestador HPP (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizado através de ofício datado de 09 de março de 2020, e análise da resposta enviada pela referida entidade, rececionada em 22 de abril de 2020.
  - (iv) Notificação da abertura de processo de inquérito ao prestador SCMF (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizado através de ofício datado de 09 de março de 2020, e análise da resposta enviada pela referida entidade, rececionada em 13 de março de 2020.

- (v) Notificação da abertura de processo de inquérito aos BVF (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 32.º dos Estatutos da ERS), concretizado através de ofício datado de 09 de março de 2020, e análise da resposta enviada pela referida entidade, rececionada em 20 de março de 2020.
- (vi) Notificação da abertura de processo de inquérito ao CODU-INEM (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 32.º dos Estatutos da ERS), concretizado através de ofício datado de 09 de março de 2020, e análise da resposta enviada pela referida entidade, rececionada em 30 de março de 2020.
- (vii) Notificação da abertura de processo de inquérito ao prestador HB (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizado através de ofício datado de 09 de março de 2020, e análise da resposta enviada pela referida entidade, rececionada em 07 de maio de 2020.

## **II. DOS FACTOS**

16. Da reclamação subscrita por ED cumpre destacar, pela sua relevância para os presentes autos de inquérito, os seguintes factos aí alegados:

*“(...) No dia **14 de Setembro de 2019**, por volta das **00h30**, o ora reclamante deu entrada no [HL-PV], queixando-se de uma **dor no peito** e de **mau estar generalizado**.*

*Encontrava-se ao serviço o Dr. [RM] (...) coadjuvado por um senhor enfermeiro.*

*Ora, atendendo às queixas apresentadas pelo reclamante e após realização de electrocardiograma, o qual descrevia **“anormalidade ST não específica. ECG Anormal”** conforme documento (...) n.º 1 (...), o Dr. [RM] ordenou a administração, no ora reclamante, de Flindix, Diazepam 5, 250 de Aspegic e 3CC de Morfina. Foram ainda realizadas análises ao sangue, as quais registaram os seguintes valores: Proteína C reativa 0.07mg/dl; Toponina 18.3 ng/l e Mioglobina 33ng/L. (...)*

*Não obstante, o Dr. [RM] limitou-se a proferir as seguintes palavras: “Você teve aqui um grande aperto” e, conseqüentemente, a dar alta ao reclamante com a seguinte medicação: Tromlyt 150 12h12h e Alprazolam 0,25, 1 comprimido de 6/6h. Indicou ainda para a manhã*

seguinte, a repetição de análises, a realização de ecocardiograma e a realização de uma prova de esforço, conforme documento (...) n.º 2 (...).

O ora reclamante recolheu a casa e horas depois (na manhã seguinte) dirigiu-se novamente ao [HL-PV] a fim de proceder à realização das respectivas análises e demais exames prescritos (...) [e] é informado pelos serviços que: **AO SÁBADO NÃO EXISTE MÉDICO/SERVIÇO DE CARDIOLOGIA.**

Incrédulo e com as defesas em baixo, porque não se sentia bem e estava disposto a cumprir indicações do médico, entendendo que seria melhor para si, e após contacto com vários hospitais, **dirigiu-se ao Hospital de Fão onde conseguiu efectuar as análises ao sangue e electrocardiograma.** Nada lhe tendo sido alertado.

Uma vez que não conseguiu realizar os demais exames prescritos pelo médico, o Dr. [RM], o reclamante procedeu à marcação daqueles para a segunda-feira seguinte (dia 16/09/2019) no [HL-PV], conforme documento (...) n.º 3 (...).

Na segunda-feira de tarde, cerca das 15h30 o reclamante dirigiu-se ao [HL-PV] para realizar os demais exames Fez a ecocardiologia com doppler associado pelas mãos do Dr. [JS] (...) e nada lhe foi informado... Conforme documento (...) n.º 4. (...)

Cerca de meia hora depois, foi chamado para realizar a prova de esforço, desta vez realizada por uma técnica de serviço, [AMB], pese embora o relatório se encontrar assinado pelo Dr. [JL].

Ora, o reclamante, **aos 9min do início da realização daquela prova de esforço teve que ordenar a sua interrupção porque não se estava a sentir bem.** Teve, inclusive, que pedir o auxílio da técnica de serviço, sentando-se numa cadeira, mesmo em cima da passadeira onde realizava a prova. Conforme documento (...) n.º 5 (...).

Uma vez mais nada lhe foi dito. (...)"

Tendo sido chamado para a consulta [de cardiologia] cerca de 15 minutos depois, e após análise dos relatórios, o Dr. [JL] interpela o reclamante dizendo-lhe: "O Senhor não devia ter feito a prova de esforço. Se fosse comigo o senhor já não tinha feito..." e ausenta-se do gabinete médico por um longo período de tempo. Quando regressa, entrega ao reclamante uma carta fechada e diz-lhe: **"Se fosse a si ia já para o Hospital de Braga"**.

O Dr. [JL] informa-o APENAS DISTO e, nem sequer, equaciona **accionar os meios de emergência médica**, pasme-se!

Com[b]alido e assustado com aquela informação dirigiu-se à receção para proceder ao pagamento daqueles serviços (...) no valor de €360 (...) conforme documento (...) n.º 6. (...)

A fim de se deslocar ao Hospital de Braga, mas receoso de que algo pudesse acontecer, **ligou para o serviço de emergência médica alertando-os para o sucedido e solicitando ajuda**, ao que responderam: “Se fosse urgente o médico [Dr. JL] tinha ligado”. (...)

Após ter sido negada ajuda por parte daquele serviço público, o reclamante entrou em contacto com os [BVF], tendo estes sido peremptórios afirmando que o reclamante deveria contactar o INEM.

Incrédulo com o desencadear de toda a situação, o reclamante contactou a Saúde 24, tendo esta ordenado o contacto com os [BV] pois seriam estes os habilitados para proceder àquele transporte. O reclamante entra, de novo, em contacto com os [BVF], que, e por terem sido interpelados pela saúde 24, **acederam ao pedido de ajuda**.

O reclamante aguardou a chegada dos [BVF] em Apúlia, junto à rotunda de acesso à A11.

Depois de alguns minutos no interior da ambulância, é chamad[a] [a VMER] de Barcelos, tendo sido, no local, realizado um electrocardiograma, mas, e uma vez mais, nada foi alertado...

Os [BVF] seguiram com o reclamante para o Hospital de Braga, **sem acompanhamento do Serviço de Emergência Médica**.

O reclamante deu entrada no Hospital de Braga que, depois de devidamente diagnosticado, foi sujeito de imediato, a um **CATETERISMO**.

O reclamante foi alvo de um **ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO!** Conforme documento (...) n.º 7.(...)” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Reclamação e documentos a ela anexados, documentos que se dão aqui por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

17. Pela sua relevância para os presentes autos, importa referir que, de acordo com o documento junto com a reclamação sob o n.º 3, o médico do atendimento urgente do HL-PV, através de formulário datado de 14 de setembro de 2019, requisitou a realização dos

seguintes exames complementares de Cardiologia: “*Prova de Esforço em Tapete Rolante/Bicicleta*”; “*Estudo Doppler Cardíaco*”; “*Ecocardiograma Bidimensional Modo M*”.

18. Com a mencionada reclamação foi, igualmente, junto um documento, que não se encontra numerado, emitido pelo HL-PV, onde constam as marcações programadas para o dia 16 de setembro de 2019, a saber:

“15:45 (...) *ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER ASSOCI ECOG. PULSA/CONTÍNUA C/ANÁLISE ESPECTR;*

16:00 (...) *PROVA DE ESFORÇO MÁXIMA/SUBMÁXIMA EM TAPETE ROLANTE;*

17:30 (...) *CONSULTA DE CARDIOLOGIA 2ª*. – Cfr. Documento junto com a reclamação.

19. Neste particular, assumem ainda relevância as conclusões vertidas no documento junto com a reclamação sob o n.º 5 e relativas à prova de esforço:

“*Prova de esforço sub-máxima, **anormal** – dor torácica no pico do esforço. Alterações de ST80 na recuperação “não seguras” de esquiemia do miocárdio. **Resposta exagerada da pressão arterial no exercício**. Normal capacidade funcional*” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Documento junto com a reclamação sob o n.º 5.

20. Por outro lado, no relatório de alta elaborado pelo HB (documento n.º 7 junto com a reclamação), pode ler-se, para além do mais, o seguinte:

“(…) *Motivo Admissão*

### **ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO INFERIOR EVOLUÍDO**

*Resumo Episódio*

(…)

*Na sexta-feira (dia 13/09) sentiu dor torácica em aperto, na região pré-cordial, que surgiu em repouso com sudorese concomitante. Este episódio durou cerca de duas horas. Nesse mesmo dia, recorreu ao hospital privado e teve alta com indicação para realizar ECG, análises, Ecocardiograma e prova de esforço.*

No sábado fez as análises e o ECG em Fão (o ECG apresentava ligeiro ST e onda q em III e aVF). Durante o fim de semana manteve dor torácica ligeira, em moedeira.

Em 16-09-2019 voltou ao [HL-PV] para realizar os restantes exames. Ecocardiograma não apresentava alterações. Durante a PE apresentou agravamento da dor torácica, com necessidade de interromper a prova, apresentando infra-ST em I, II e aVL. Desde então com persistência de dor torácica tendo sido transferido pelo INEM para este Hospital, onde chegou com dor ligeira. ECG com ritmo sinusal; onda Q e onda T negativa em III e aVF e supra ST em V1-V3. **Orientado para o Laboratório de Hemodinâmica para cateterismo cardíaco emergente que revelou oclusão da coronária direita tendo realizado angioplastia com stent revestido.** – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Documento n.º 7 junto com a reclamação.

21. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, foi remetido ao prestador HHP, em 9 de março de 2020, um pedido de informações/elementos, solicitando-lhe, em concreto, o seguinte:

“1. Se pronunciem 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 pelo utente, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;

3. Indiquem a razão pela qual o Hospital da Luz - Póvoa de Varzim não acionou o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), enquanto entidade a quem compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referenciação e a adequação do respetivo transporte;

4. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. Notificação ao prestador HHP da abertura de processo de inquérito.

22. Na resposta à aludida notificação, o prestador HHP pronunciou-se nos seguintes termos:

“(…) **Factos apurados:**



1. **14.09.2019:**

- a. 00h45m: registo de entrada no [HL-PV];
- b. 00h46m: início do atendimento médico:
  - i. ... “DOR TORACICA ESQ DESDE AS 23H30 (...)
  - v. “COM MELHORIA DA DOR PRE-CORDIAL”;
  - vi. Requisitadas “ANÁLISES COM ENZINAS PARA AS 9H”;
  - vii. Requisitados “ECOCARDIOGRAMA E PROVA DE ESFORÇO”;
- c. 02h28m: fim do episódio de atendimento urgente.

2. **16.09.2019:**

- a. 16h48: entrada para consulta de cardiologia com os registos seguintes:
  - i. Motivo da consulta: dor torácica;
  - ii. Hx da doença actual: excesso ponderal, DMNID, dislipidemia, HTA e sem hx conhecida de patologia cardíaca;
  - iii. No dia 13/09 por volta das 23:30 h foi acometido de dor torácica, em barra, em aperto, com irradiação cervical, acompanhada de náuseas e sudorese profusa e prolongada. Foi observado no SU da Clipovoa, onde fez ECG e MNM;
  - iv. No fim de semana manteve mal estar ligeiro.
  - v. Hoje não teve dor torácica;
  - vi. Efectuou ETT que não mostrou alterações significativas
  - vii. **A PE foi anormal – dor torácica no pico do exercício em crescendo e com alterações de ST80 sem critérios de positividade, mas com alterações.**
  - viii. Portanto: **dte com alta probabilidade de SCA, AI provável;**

ix. **Envio dte com carta para o H de Braga.**

Esclarecimentos prestados pelos intervenientes:

1. **Médico do Atendimento Urgente – Dr. [RM]**

- a. Confirma ter observado o doente no horário registado;
- b. Confirma ter tido acesso a resultados analíticos considerados normais;
- c. Da avaliação clínica do utente **não concluiu pela suspeita de existência de patologia aguda ou agudizada do foro cardíaco;**
- d. **Não confirma ter dado alta ao doente, tendo permitido a deslocação deste ao domicílio e “voltar em 6 horas para repetir análises, pois não quis ficar em curto internamento”;**

3. **Médico Cardiologista – Dr. [JL]:**

- a. Confirma ter observado o doente no dia 16.09;
- b. À data da observação não apresentava dor torácica;
- c. Efectuou Ecocardiograma transtorácico que não mostrou alterações significativas;
- d. **A prova de esforço foi anormal – dor torácica em crescendo, no pico do exercício, e com alterações de ST, mas sem critérios de positividade;**
- e. Em face da situação clínica e por ser doente **“com alta probabilidade de síndrome coronária aguda/angina instável foi aconselhada a ser observada na urgência para seriação de marcadores de necrose miocárdica e electrocardiograma”;**
- f. A seu pedido “o doente foi referenciado para o hospital da sua área de residência”;

**g. Elaborou carta e efectuou “contacto telefónico com o colega de cardiologia do SU de Braga, para orientação e tratamento do doente”.**

**No entendimento da Direcção Clínica, com base nos elementos disponíveis, consideramos que:**

a. O atendimento médico prestado no episódio urgente do dia 14 de Setembro de 2019 foi adequado e proporcional à gravidade aparente da situação clínica;

b. Foram utilizados todos os meios adequados à despistagem de doença coronária aguda;

c. Por os exames analíticos efectuados não terem sido conclusivos, **foi proposto ao doente ficar na unidade de “curto internamento”, o que este não aceitou;**

d. **O médico responsável pelo atendimento autorizou o doente a deslocar-se ao seu domicílio, com o compromisso de voltar na manhã seguinte para repetir análises e ser reavaliado;**

e. Foram requisitados exames complementares – Ecocardiograma e Prova de esforço – a ser agendados posteriormente, o que veio a ser feito para o dia 16.09.2019;

f. Por razões da inteira responsabilidade do reclamante não foram repetidas as análises pedidas pelo médico no Atendimento Urgente, o qual, em consequência, não teve oportunidade de reavaliar o doente e a evolução clínica;

g. Quase três dias após o episódio de urgência o reclamante apresentou-se para realizar os exames que haviam sido solicitados no episódio de urgência;

h. Após a realização dos exames referidos, o médico cardiologista **identificou uma situação clínica com necessidade de avaliação urgente, tendo proposto a sua referenciação ao Atendimento Urgente;**

i. **A pedido do doente, este foi encaminhado para hospital público, após contacto directo do médico cardiologista com a equipa de urgência do Hospital de Braga;**

*j. A **descontinuidade de cuidados médicos** entre a madrugada do dia 14 de Setembro e a tarde do dia 16 de Setembro foi da responsabilidade do reclamante ao não ter realizado as análises prescritas para o dia 14.09 de manhã que permitiam a reavaliação pelo médico do Atendimento Urgente;*

*k. Não podem ser imputadas aos médicos a responsabilidade pela não identificação de eventual patologia aguda do miocárdio uma vez que, ao não seguir as instruções dadas pelo médico do Atendimento Urgente (repetição de análises na manhã do dia 14.09), o reclamante não cumpriu com o seu dever de colaboração. (...)" - Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Resposta do prestador HCUFD à notificação de abertura de processo de inquérito.*

23. Por outro lado, na sequência da abertura do presente processo de inquérito, foi também remetido ao prestador SCMF, em 9 de março de 2020, um pedido de informações/elementos, solicitando-lhe, em concreto, o seguinte:

*"1. Se pronunciem 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 pelo utente, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*

*3. Informem que diligências de articulação desenvolveram junto do Hospital de Braga, E.P.E. para proceder à transferência do utente [ED];*

*4. Indiquem a razão pela qual a Santa Casa da Misericórdia de Fão não acionou o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), enquanto entidade a quem compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referenciação e a adequação do respetivo transporte;*

*5. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto." – Cfr. Notificação ao prestador SCMF da abertura de processo de inquérito.*

24. Na resposta à mencionada notificação, o prestador SCMF remeteu para os esclarecimentos anteriormente facultados à ERS em sede de processo de reclamação (n.º REC/11967/2020), em especial para as considerações aduzidas pelo médico cardiologista da instituição que atendeu o utente, as quais parcialmente se transcrevem infra:

*“(...) O reclamante (...) recorreu no final da manhã do dia 14 de Setembro de 2019 ao Hospital de Fão – Serviço de Cardiologia, para realização de Electrocardiograma (ECG) requisitado pelo médico do [HL-PV], após observação e alta daquele hospital (...) com informação de “dor precordial”.*

*O ECG então realizado apresentava Ritmo Sinusal (normal) e alterações morfológicas do QRS e da repolarização ventricular (segmento ST-T) da parede inferior, **que não são de “per si” diagnósticas, ou patognomónicas, de Enfarte Agudo do Miocárdio;** poderão traduzir perda de forças da parede inferior (necrose) de idade indeterminada ou Síndrome Coronária Aguda evoluído, a comparar com ECG’s prévios e avaliação clínica.*

*O reclamante foi informado que o ECG apresentava alterações que careciam de observação pelo médico requisitante, para avaliação e estratificação, com a realização de Meios Complementares de Diagnóstico, nomeadamente estudo invasivo, conforme avaliação clínica, visto que **o doente se encontrava assintomático naquele momento, e não tínhamos posse de qualquer informação adicional, nomeadamente clínica, laboratorial e imagiológica, o que é habitual em doentes que se dirigem a este Hospital para realização de exames pedidos pelo ambulatório.**”*

***As alterações morfológicas do ECG acima descritas em doente assintomático naquele momento, por si só não são condições “sine qua non” que obrigam à activação do INEM ou transporte do doente em ambulância para o Hospital com Serviço de Cardiologia com Unidade Coronária e Hemodinâmica (Cateterismo Cardíaco), que neste caso seria para o Hospital de Braga, para orientação e tratamento adequados, nomeadamente estudo invasivo, se clinicamente justificado, como não raramente tem acontecido, em doentes que se dirigem ao Hospital de Fão – Serviço de Cardiologia, para realização de Exames Complementares de Diagnóstico de rotina (...)**” - Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Resposta do prestador SCMF à notificação de abertura de processo de inquérito.*

25. No dia 9 de março de 2020, foi, igualmente, endereçado um pedido de informações/elementos aos BVF, solicitando-lhes concretamente o seguinte:

“i. Indicação se os Bombeiros Voluntários de Fão foram contactados pelo utente [ED], no dia 16 de setembro de 2019, a solicitar transporte para o Hospital de Braga, E.P.E., com envio do suporte documental respetivo;

ii. Em caso afirmativo, indicação da informação que foi transmitida ao utente no decurso do aludido contacto;

iii. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. Pedido de elementos apresentado junto dos BVF.

26. Na sua resposta, datada de 20 de março de 2020, os BVF pronunciaram-se nos seguintes termos:

“(…) No dia **16-09-2019**, pelas **17h20**, foi recepcionado na Central Telefónica do[s BVF], um pedido de socorro realizado pelo utente [ED], através do número de telemóvel [...], conforme consta no anexo 1.

Perante tal pedido de socorro, e conforme consta na orientação do [INEM] **o utente foi informado que deveria entrar em contacto com o [CODU-INEM], através do número europeu de emergência médica, vulgo 112, uma vez que estávamos perante uma situação de emergência médica.**

Sistema este, que é adoptado em todas as situações quando estamos perante ocorrências que são enquadradas no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), **onde toda a regulação passa pelo CODU/INEM em que o Corpo de Bombeiros é um agente deste sistema.**

Pelas **17h31** foi recepcionado na central telefónica, uma comunicação do [CBE] onde dava conta de uma ocorrência de emergência médica na Estrada Nacional 13, rotunda de acesso à A28, área de atuação e intervenção do Corpo de Bombeiros.

Perante tal situação e mais uma vez cumprindo o que está definido internamente, **foi tal pedido, pelas 17h34, encaminhado para o CODU-Norte a fim de solicitar um pedido de triagem junto do número de telefone que foi fornecido pelos [BVE], número este que era igual ao da chamada realizada para o[s BVF] pelas 17h20, sendo a ambulância despachada para o local da ocorrência.**

*Volvidos alguns minutos, pelas 17h38, o CODU informa o número de evento atribuído à ocorrência, n.º [...], conforme consta no verbete elaborado, que se remete cópia em anexo 2.*

*Já no local da ocorrência a tripulação da ambulância de socorro, entrou em contacto com o CODU, conforme está estabelecido, onde **procedeu à passagem de dados mais concretamente o estado da vítima [reclamante] (...), tendo a tripulação aguardado no local pela chegada da VMER de Barcelos, o que veio a acontecer, contudo após avaliação do médico da VMER, foi por este, dada indicação para iniciar o transporte para o [HB] sem acompanhamento médico, decisão da competência exclusiva do médico da VMER com conhecimento do CODU.***

*Perante o exposto o ora **reclamante foi conduzido ao [HB], onde deu entrada no Serviço de Urgência, sendo aí finalizada a intervenção do[s] BVF**, conforme consta no Relatório de Ocorrência 2019030074783 da Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC), anexo 3.*

*(...)*

**Esclarece-se ainda que a decisão de accionamento da VMER foi do CODU/INEM e a decisão de não acompanhamento da vítima até à unidade de saída foi da competência do médico da VMER com concordância do CODU/INEM.** ” – Negrito e sublinhado nosso -

Cfr. Resposta dos BVF ao pedido de elementos, documento que aqui se dá por reproduzido para todos os efeitos legais.

**27.** No âmbito dos presentes autos de inquérito foi também enviado, no dia 9 de março de 2020, um pedido de informações/elementos ao CODU-INEM, no qual lhes foi solicitado o seguinte:

*“i. Indicação se o CODU foi contactado pelo utente [ED] e/ou pela Santa Casa da Misericórdia de Fão, para acionamento de meios de socorro no dia 16 de setembro de 2019, com envio do suporte documental respetivo;*

*ii. Em caso afirmativo, indicação da informação que foi transferida ao utente no decurso do aludido contacto;*

*iii. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. Pedido de elementos solicitados ao CODU-INEM.*

28. Em resposta ao mencionado ofício da ERS, o CODU-INEM pronunciou-se nos seguintes termos:

“(…) 1. Questão i):

*No dia **16/09/2019**, pelas **17h21m**, foi recebida no [CODU-INEM], uma chamada que deu origem à ocorrência CODU n.º [...], nos termos da qual **o contactante informou que estava a sair da unidade hospitalar, solicitando uma ambulância para internamento;***

*Posteriormente, pelas **17h35m** do mesmo dia, foi recebida no CODU, uma segunda chamada, proveniente dos [BVF], para que se **procedesse à triagem direta através do número de telefone fornecido pelo Corpo de Bombeiros**, que originou a ocorrência n.º [...], nos termos dos documentos que aqui se juntam como Doc. 1 e 2;*

2. Questão ii):

**No que toca à primeira chamada recebida, perante os dados transmitidos pelo contactante, procedeu-se à transferência desta para o Centro de Contacto “SNS 24”, em cumprimento dos procedimentos internos em vigor (Cf. Doc. 1);**

**Relativamente à segunda chamada recebida no CODU, após a localização da ocorrência, foi efectuada a devida triagem, que culminou na atribuição da prioridade máxima, a Prioridade 1 (P1), que preconiza o envio de meio de suporte avançado de vida e meio de suporte básico de vida, e prestado o devido aconselhamento até à chegada dos meios de emergência pré-hospitalar;**

*Assim, em face da prioridade atribuída, às 17h38m, foram acionadas para o local da ocorrência a [VMER] sediada no Hospital de Barcelos e a ambulância de socorro dos [BVF], que procederam ao transporte do utente até à Unidade Hospitalar de referência (Cf. Doc. 2);*

3. Questão iii):

**Quanto ao pedido de envio de esclarecimentos complementares, importa referir que, foi transmitido pelo Médico de serviço na VMER de Barcelos, ao Médico Regulador do CODU, no momento da passagem de dados registada no evento, que o transporte até**



à unidade hospitalar iria decorrer com acompanhamento médico daquela VMER, tal como consta da cronologia da respetiva ocorrência. Contudo, após consulta da Ficha de Observação Médica (FOM), **verificou-se que tal não ocorreu**, o que motivou o envio de ofício para o Hospital de Santa Maria Maior, EPE, para tomada de conhecimento e adoção das medidas tidas por adequadas, cuja cópia aqui se junta para melhor esclarecimento.

*Em suma, perante a reclamação recebida neste Instituto, a 27/01/2020, após levantamento dos registos disponíveis, foi dada resposta ao reclamante, esclarecendo-se as questões por este suscitadas no âmbito das atribuições deste Instituto, nos termos do ofício n.º 494 de 11/02/2020, que aqui se junta e se dá por integralmente reproduzido.” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Resposta do CODU-INEM ao pedido de elementos, documento que aqui se dá por reproduzido para todos os efeitos legais.*

29. Da resposta diretamente endereçada pelo INEM ao reclamante, cumpre destacar, pela sua relevância, para os presentes autos, as seguintes passagens:

*“(…) Relativamente à situação que nos relata, constatou-se que foram recebidas no INEM um conjunto de três chamadas no dia 16 de setembro de 2019.*

*A primeira chamada foi recebida às **17h21**. Nesta chamada o contactante informa estar a sair do hospital e necessitar de uma ambulância para o transporte para o internamento. O Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) do CODU efectuou a triagem de acordo com algoritmo de triagem em vigor nos CODU do INEM. **De acordo com esse algoritmo, e tendo em consideração os sinais e sintomas transmitidos pelo contactante, a chamada foi encaminhada para o Centro de Contacto SNS24.** Este organismo do Ministério da Saúde é o adequado para o encaminhamento de **situações não emergentes**.*

*De notar que, no caso de serem identificadas situações de emergência médica pelos profissionais do SNS, as chamadas são de novo encaminhadas para o CODU, o que efectivamente não aconteceu. Assim, estamos em crer que a avaliação do SNS24 foi idêntica à do INEM, pois caso contrário a situação teria sido novamente encaminhada para este Instituto.*

*Às **17h35** foi recebida nova chamada, proveniente dos [BVF]. Nesta chamada, os [BVF] solicitam ao CODU que realize a triagem clínica a um pedido direto que tinham recebido. A TEPH do CODU atuou de acordo com as normas e procedimentos e entrou em contacto com o contactante para efectuar a triagem. **De acordo com os sinais e sintomas***

**transmitidos nesta chamada, a situação foi considerada emergente. Foi enviada para o local uma ambulância dos [BVF] e a [VMER] sediada no Hospital de Barcelos. O despacho desses meios foi realizado às 17h38.**

Às 18h05, o Médico Regulador do CODU recebeu uma chamada de passagem de dados médicos do Médico da VMER de Barcelos. Nesta chamada, o clínico informa o Médico Regulador do CODU sobre a avaliação efectuada no local e a indicação de transporte para o [HB]. Ficou registado na ficha do evento que a VMER faria o acompanhamento do utente à unidade hospitalar. Contudo, na recolha de informação efectuada para responder a esta reclamação, **verificou-se que na Ficha de Observação Médica preenchida pela VMER de Barcelos, esse acompanhamento não foi efectuado.** (...)

Gostaríamos também de dar conta que as [VMER] do INEM são operadas diretamente por recursos humanos, designadamente médicos e Enfermeiros, dos Hospitais onde estes meios do INEM se encontram sediados. Estes recursos humanos dependem hierarquicamente das unidades hospitalares.

(...)

Considerando os dados que temos ao nosso dispor, concluímos que a atuação direta do INEM, nomeadamente a do CODU, foi correta. **Contudo, não podemos deixar de lamentar que o serviço prestado através da VMER de Barcelos tenha ficado aquém das expectativas de V. Exa.** (...)” – Cfr. Documento anexado à resposta do CODU-INEM ao pedido de elementos.

30. Por outro lado, da comunicação enviada pelo INEM para o Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E, pela sua relevância para o caso em apreço, destacam-se os seguintes trechos:

“(...) Após análise à nossa atuação [na situação descrita na reclamação do exponente], verifica-se a ocorrência de uma **falha de procedimentos ao não ter sido realizado o acompanhamento do utente durante o transporte para a unidade hospitalar.**

Assim sendo, muito agradecemos ao Conselho de Administração que V. Exa. superiormente preside, que a Coordenação da VMER de Barcelos possa ser informada sobre a situação ora em análise, no sentido de retificar procedimentos, e o Hospital de Santa Maria Maior se possa pronunciar ao reclamante, se assim entender, sobre o que for tido por conveniente.

(...)” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Documento anexado à resposta do CODU-INEM ao pedido de elementos.

31. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, foi remetido ao prestador HB, em 9 de março de 2020, um pedido de informações/elementos, solicitando-lhe, em concreto, o seguinte:

*“1. Informação sobre o concreto quadro clínico apresentado pelo utente aquando da admissão no Hospital de Braga, E.P.E.;*

*2. Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pelo utente, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*

*3. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.”* – Cfr. Pedido de elementos dirigido ao prestador HB.

32. Na resposta ao aludido pedido de elementos, datada de 7 de maio de 2020, o HB pronunciou-se nos seguintes termos:

*“(…) 1- No que concerne ao ponto 1, sobre o quadro clínico do Utente aquando da sua admissão nesta instituição, verificamos que o utente [ED], recorreu ao Serviço de Urgência, no dia 16 de setembro de 2019, com queixas de dor torácica, tendo sido triado como **“muito urgente”**. Foi observado, de acordo com a situação clínica apresentada, tendo realizado exames complementares de diagnóstico tidos por adequados, nomeadamente Eletrocardiograma, que revelou **Síndrome Coronário Agudo** com supra desnivelamento de segmentos de V2 e V4, tendo sido medicado com Ticagrelor, Acido Acetilsalicílico, Morfina e Heparina. Simultaneamente, foi contactada a especialidade de Cardiologia e enviado para o laboratório de hemodinâmica.*

*2- Relativamente ao ponto 2, somos a descrever as etapas percorridas pelo Utente:*

*a) Admissão, a 16 de setembro de 2019, pelas 18h50, com realização de triagem ao cargo da profissional [CM], enfermeira, integrando o Serviço de Urgência;*

*b) Pelas 18h59, do mesmo dia, é observado por [JS], médica, Interno de Formação Específica, a exercer funções no Serviço de Endocrinologia;*

c) Às 19h30, é transferido para a **Unidade de Cuidados Intermédios Coronários**, sendo admitido pelo profissional [LP], médico do Serviço de Cardiologia;

d) Sendo acompanhado à sala de Hemodinâmica, pela profissional [MD], enfermeira que integra o Serviço de Urgência;

e) A 18 de setembro de 2019, pelas 15h32, foi dada alta ao Utente, pelo profissional [AS], médico do Serviço de Cardiologia. (...)” – Cfr. Resposta do prestador HB, documento que se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

33. Finalmente, cumpre sinalizar que, no âmbito do processo de reclamação (n.º REC/11967/2020), os elementos então à disposição da ERS foram remetidos à Ordem dos Médicos (OM), tendo a referida entidade, por mensagem de correio eletrónico datada de dia 1 de maio de 2020, informado que aqueles elementos tinham sido encaminhados para o Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CDRN-OM).

34. Posteriormente, através de mensagem de correio eletrónico datada de 19 de maio de 2020, o CDRN-OM, remeteu à ERS o ofício com a referência interna “DR\_sf/2020/1019”, informando esta Entidade Reguladora que o CDRN-OM decidiu “(...) *instaurar um processo para averiguação dos factos participados*”.

### III. DO DIREITO

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

35. 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*”.

36. 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).*

37. Resulta, pois, inequívoco que quer HHP, quer a SCMF são entidades prestadoras 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.
38. Importa, porém, fazer notar que, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo, “[n]ão estão sujeitos à regulação da ERS (...) [o]s profissionais de saúde no que respeita à sua atividade sujeita à regulação e disciplina das respetivas associações públicas profissionais”.
39. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objectivos 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)).
40. Com efeito, a densificação dos objectivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
41. 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”.
42. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objectivo 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)).*

43. O objectivo 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)).
44. Finalmente, 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)).

### **III.2. Dos direitos do utente dos serviços de saúde**

45. 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).
46. 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)).

47. 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).
48. 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).
49. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à protecção 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:
- (i) pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
  - (ii) pelos prestadores de cuidados de saúde, 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) pelos prestadores de cuidados de saúde, 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) pelos prestadores de cuidados de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
50. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objectivo de garantir e efectivar o direito constitucional à protecção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.
51. Ora, 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*”

*cl clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”.*

52. Efetivamente, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à protecção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela protecção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respectivos 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.
53. 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.
54. 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 correcção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.
55. 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”*.
56. 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).
57. 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 protecção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.

### **III.3. Da rede de referenciação de urgência e emergência**



58. Conforme se pode ler no preâmbulo do Despacho n.º 10319/2014 (publicado em diário da república n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, páginas 20673-20678), neste diploma são “(...) *definidas uma Rede de Referência genérica e Redes de Referência específicas para as quatro Vias Verdes (VV) e para competências ou procedimentos específicos, clarificando os circuitos de doentes*”.
59. Sob a epígrafe “*Sistemas de Respostas Rápidas (Vias Verdes)*”, o artigo 13.º do mencionado despacho sinaliza que “[a] *implementação das Vias Verdes (VV) deve ser continuada e intensificada*” (n.º 1), sendo que “[n]as VV, *cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis*” (n.º2).
60. Assim, “[o] *processo de encaminhamento através de VV deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantir a continuidade e a integração de cuidados*” (n.º 3).
61. Ora, o artigo 15.º do aludido despacho tem por uma objecto uma das quatro VV ali definidas, a VV coronária, ali se sublinhando que “[a]ssumem a *responsabilidade os polos da Rede com capacidade de intervenção coronária percutânea primária permanente, localizados em SUP [Serviço de Urgência Polivalente]*”.
62. Por outro lado, conforme se pode ler no artigo 18.º do despacho ora em análise, “[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 [CODU] do INEM, e a Linha Saúde 24, da [DGS].*”
63. Deste modo, “[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*”, sendo que “[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 [VV] existentes, conforme Despacho nº14041/2012, de 29 outubro e, quando apropriado, a passagem à Linha Saúde 24*” (n.º 2).
64. O acesso à linha de saúde 24, por sua vez, “(...) *faz-se através do número de telefone 808242424 e deve ser utilizado nas situações agudas ou urgentes mas sem risco imediato*

de vida”, sendo “(...) *efetuada uma triagem, aconselhamento e encaminhamento de doentes para a unidade de saúde mais adequada, no tempo recomendado, pelos meios disponíveis que melhor respondam a cada situação*” (n.º3).

65. Todavia, “[e]m casos de maior gravidade/urgência, prontamente identificadas na triagem, a chamada é transferida para os CODU do INEM” (n.º 3, parte final).

66. O artigo 19.º do despacho n.º 10319/2014 procede à definição e enunciação dos objectivos da Rede de Referenciação de Urgência e Emergência (RRUE).

67. Assim, “[e]ntende-se por [RRUE] 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 referenciação entre unidades do sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, constituindo estrutura do [SIEM] ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar.” (n.º 1).

68. Constituem objectivos do RRUE, entre outros, os de “[g]arantir a acessibilidade aos diferentes Pontos de Rede, nos tempos de trajeto indicativos e objetivos alvo definidos para o efeito” (alínea a)); “[e]ncaminhar o doente para o Ponto de Rede mais próximo e adequado à sua situação clínica (não necessariamente o de maior proximidade)” (alínea b)); “[a]ssegurar o bom funcionamento das VV existentes (Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sepsis e Trauma)” (alínea c)); “[s]istematizar e planear a capacidade de acompanhamento e transporte pré e interunidades de saúde” (alínea e)); e [p]romover que o tempo entre o início da doença, o tratamento definitivo e o regresso à vida ativa, seja o mais curto possível” (alínea g));”.

#### **III.4. Da estrutura de coordenação operacional do SIEM e dos meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM**

69. O decreto-lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro, que aprovou a orgânica do INEM, esclarece no n.º 1 do seu artigo 3.º que aquele Instituto “(...) *tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento de um [SIEM] de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde.*”

70. Por ser assim, não surpreende que o n.º 2 do mesmo preceito ressalve que “[s]ão atribuições do INEM, I. P., definir, organizar e coordenar as actividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita a: a) [p]restação de cuidados de emergência

*médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respectiva articulação com os serviços de urgência/emergência; b) [r]eferenciação e transporte de urgência/emergência; c) [r]ecepção hospitalar e tratamento urgente/emergente; d) [f]ormação em emergência médica; e) [p]laneamento civil e prevenção; f) [r]ede de telecomunicações de emergência.”*

71. Para além das atribuições genéricas supra elencadas, o n.º 3 do artigo 3.º do diploma legal em análise, atribui, ainda, outras competências específicas ao INEM, as quais, pela sua relevância para os presentes autos, cumpre mencionar, a saber: “[a]ssegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e accionamento dos meios de emergência médica apropriados” (alínea b)); “[a]ssegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas;” (alínea c)); “[p]romover a resposta integrada ao doente urgente/emergente” (alínea d)); “[p]romover a correcta referenciação do doente urgente/emergente” (alínea e)); “[d]efinir, planear, coordenar e certificar a formação em emergência médica dos elementos do SIEM, incluindo dos estabelecimentos, instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS);” (alínea h)).
72. Em concretização de tais atribuições, o Despacho n.º 14041/2012 determina que o “[CODU] é uma estrutura de coordenação operacional centralizada de toda a atividade do [SIEM]” (n.º1).
73. Com efeito, são atribuições do CODU, entre outras, as de “[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)); “[r]ealizar o aconselhamento médico de situações de urgência e emergência e a transferência das chamadas consideradas não urgentes para outros intervenientes do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente para o call center da Saúde («Linha Saúde 24»)” (alínea d)); “[c]oordenar a decisão sobre a referenciação primária e secundária de todos os doentes urgentes e ou emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e ou Cuidados Intensivos, em particular a referenciação das Vias Verdes” (alínea f)).
74. Para além dos “Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência (TOTE)” (alínea a)) ou de “outros profissionais de saúde” (alínea c)), no CODU desempenham a sua

atividade “[m]édicos com formação e experiência em emergência médica, que são responsáveis pela coordenação de toda a atividade clínica”, pelo que estes médicos “ (...) asseguram: i) [o] acompanhamento, apoio e controlo das triagens médicas; ii) [o] acompanhamento dos meios de emergência médica mais diferenciados no terreno; iii) [a] validação de atos médicos delegados, quando os mesmos se encontrem devidamente protocolados, validados e se apliquem na situação em causa; iv) [a] articulação e coordenação das situações de emergência com os médicos das unidades de saúde, quando tal se revele como útil e ou necessário; v) [o] atendimento e aconselhamento no âmbito do CIAV;” (alínea b) do n.º 3).

75. Finalmente, pela sua importância para os presentes autos, importa ainda fazer menção ao Despacho n.º 5561/2014, que densifica e concretiza as missões e atribuições do INEM definidas no decreto-lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro.
76. Conforme se pode ler logo no seu sumário, este despacho “[d]efine os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM (...), que atuam no âmbito do [SIEM], e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência”.
77. Ora, um desses meios de emergência pré-hospitalar é a VMER que, segundo o disposto na alínea a), do 1.1., do n.º 1, “[i]ntegra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.”
78. De acordo com o n.º 3 do referido despacho, “[a]s equipas das VMER e das ambulâncias SIV exercem a sua atividade em modelo de equipas integradas nos serviços de urgência das unidades de saúde em que estão instaladas, sob orientação das Administrações Regionais de Saúde, através de protocolo específico celebrado com o INEM, I.P. e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde”, sendo que “[a] competência adquirida e reconhecida aos profissionais médicos e enfermeiros através da formação específica em emergência médica ministrada pelo INEM, I.P. vincula a sua disponibilidade como profissionais para assegurar a operacionalidade da VMER ou SIV” (n.º 4).
79. Conforme se pode ler no ponto 6.1 do despacho em apreço, compete, para além do mais, ao INEM: “[c]oordenar a atividade de gestão e operação conjunta dos meios” (alínea a);

“[a]cionar os meios através do seu [CODU]” (alínea d)); “[a]ssegurar a formação em emergência médica pré-hospitalar aos profissionais necessários e selecionados para garantir as respetivas tripulações;” (alínea f)); e “[p]romover a transmissão e integração entre os sistemas de informação clínicos” (alínea i)).

### **III.5. Do transporte de doentes urgentes por via terrestre**

80. A Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro (alterada pela Portaria n.º 96/2018, de 6 de Abril), procedeu à aprovação do Regulamento do Transporte de Doentes (RTD), o qual é publicado em anexo àquele diploma.

81. Conforme se pode ler no artigo 1.º do RTD, “[o] presente Regulamento aplica-se ao transporte de doentes urgentes e emergentes, e ao transporte de doentes não urgentes, efetuado por via terrestre.”.

82. No artigo seguinte, o 2.º, são enunciadas um conjunto de definições, entre as quais cumpre destacar, pela sua relevância para os presentes autos, as seguintes: “«[d]oente emergente»: doente que apresenta situação clínica com risco instalado, ou iminente, de falência de funções vitais” (alínea b)); “«[d]oente urgente»: doente que apresenta situação clínica com potencial de falência de funções vitais,” (alínea c)); “«[a]mbulância»: veículo tripulado por, no mínimo, dois elementos habilitados para a prestação de cuidados, e destinado ao transporte de, pelo menos, um doente em maca;” (alínea d)).

83. Com efeito, o Capítulo II do RDT é dedicado ao “transporte de doentes urgentes e emergentes”, esclarecendo o artigo 7.º que “[o] transporte de doentes urgentes e emergentes realiza-se na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica.”.

84. O n.º 2 do artigo 8.º esclarece, por sua vez, que no transporte destes doentes, a tripulação “[é] composta por, pelo menos, dois profissionais de emergência (técnicos de emergência, enfermeiros, e/ou médicos) com formação adequada ao tipo de suporte e cuidados de emergência médica necessários” (alínea a)) e “[p]ossui capacidade para aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), através de profissionais com formação específica e atuação protocolada, sob controlo médico e supervisão clínica da estrutura profissional do INEM” (alínea b)).

### **III.6. Da transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde**

85. 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 e intra-hospitalar de utentes, como sucede, aliás, no caso em apreço.
86. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou recentemente 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).
87. 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”*.
88. 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.
89. Pese embora o Regulamento seja aplicável somente aos factos ocorridos após a sua entrada em vigor (isto é, em 3 de dezembro de 2020, nos termos do disposto no artigo 14.º), justifica-se a sua abordagem autónoma na presente deliberação, tendo em conta a atuação regulatória que, a final, se propõe adoptar.
90. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.
91. 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) As transferências no decurso da prestação*

- de cuidados de saúde urgentes; b) As transferências no decurso de situações de agudização do estado de saúde de utentes internados; c) As transferências programadas para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade” (artigo 2.º, n.º 1, alíneas a) a c) do Regulamento).*
92. 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) Decorra de pedido expresso do utente; c) Da mesma resulte um benefício para o utente” (n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento).
93. 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”.
94. 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”.
95. 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”.
96. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem<sup>1</sup> (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino<sup>2</sup> (artigo 5.º).
97. 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

---

<sup>1</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>2</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.

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

98. 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.
99. 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.
100. 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.
101. 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>3</sup> da transferência, a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de factores 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>3</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.

102. 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.

103. 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.

104. Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: “a) *[r]eceber 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.

105. 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.7. Da análise da situação concreta**

106. Atenta a multiplicidade de factos alegados na reclamação, justifica-se que a análise da presente situação seja tripartida nos seguintes termos:

**a. Dos cuidados de saúde prestados ao reclamante no dia 14 de setembro de 2019**

107. Da reclamação subscrita por ED resulta que, no que concerne aos cuidados de saúde prestados no dia 14 de setembro de 2019, são visados o HL-PV e a SCMF – Cfr. Ponto 16 da presente deliberação.
108. Como atrás se fez notar, o exponente alega que na madrugada da referida data se dirigiu ao HL-PV por sentir “*dor no peito e de mau estar generalizado*” – Cfr. Ponto 16 da presente deliberação.
109. Realizadas análises e exames, nomeadamente, um electrocardiograma – que descrevia “*anormalidade ST não específica. ECG Anormal*” – foi-lhe administrada e prescrita alguma medicação, tendo-lhe sido (alegadamente) concedida alta de seguida – Cfr. Ponto 16 da deliberação.
110. Alega o reclamante, em primeiro lugar, que o resultado daquelas análises e exames “*já deveriam ter sido considerados como um alerta*”, razão pela qual questiona a decisão da concessão de alta, porquanto, prossegue, deveria ter sido garantida a permanência do utente do HL-PV para observação ou, em alternativa, o seu encaminhamento para o SNS – Cfr. Reclamação.
111. Ora, analisado o documento n.º 2 junto com a reclamação – relativa à informação clínica do utente naquela data e emitido pelo HL-PV – não é feita qualquer menção à alegada “*alta*” que lhe terá sido concedida, tendo, pelo contrário, aquele prestador referido a este propósito que ED “*(...) não quis ficar em internamento*”, razão pela qual “[*o*] *médico responsável pelo atendimento autorizou o doente a deslocar-se ao seu domicílio, com o com o compromisso de voltar na manhã seguinte para repetir análises e ser reavaliado*” – Cfr. Ponto n.º 22 da presente deliberação.
112. De qualquer forma, da avaliação clínica do utente, o médico do atendimento urgente daquele estabelecimento, “*não concluiu pela suspeita de existência de patologia aguda ou agudizada do foro cardíaco*” – Cfr. Ponto n.º 22 da presente deliberação.
113. Por outro lado, o reclamante invoca ainda que, apesar de ter sido agendada para a manhã do dia 14 de setembro “*a repetição de análises, a realização de ecocardiograma e a realização de uma prova de esforço*”, não logrou efectuar os mencionados exames, tendo-lhe sido transmitido pelo prestador HL-PV que “**AO SÁBADO NÃO EXISTE MÉDICO/SERVIÇO DE CARDIOLOGIA**” – Cfr. Ponto 16 da presente deliberação.

114. Ora, analisada a documentação junta com a reclamação, nomeadamente os documentos n.ºs 2 e 3, resulta que foram agendados para as 9h do dia 14 de setembro somente “as análises com enzimas”, as quais, segundo o prestador HL-PV, não terão sido repetidas naquela data por “razões da inteira responsabilidade do reclamante” – Cfr. Ponto 22 da deliberação.
115. Os demais exames – melhor descritos no ponto 18 desta deliberação -, apesar de prescritos no dia 14 de setembro, foram agendados apenas para o dia 16 daquele mês, divergindo as partes – o reclamante e o prestador HL-PV – sobre quem tomou a iniciativa de proceder àquele agendamento – Cfr. Documento n.º 3 junto com a reclamação.
116. Não obstante, o utente logrou efetuar, ainda no dia 14 de setembro, os “exames ao sangue e o electrocardiograma”, o que fez no estabelecimento da SCMF, referindo que, após a realização daqueles exames, também não recebeu qualquer alerta por parte do referido prestador. – Cfr. Ponto 16 da presente reclamação.
117. Versão que é expressamente contrariada pelo médico do SCMF responsável pelo atendimento ao utente, que refere que “[o] reclamante foi informado que o ECG apresentava alterações que careciam de observação pelo médico requisitante, para avaliação e estratificação, com a realização de Meios Complementares de Diagnóstico, nomeadamente estudo invasivo, conforme avaliação clínica, visto que o doente se encontrava assintomático naquele momento, e não tínhamos posse de qualquer informação adicional, nomeadamente clínica, laboratorial e imagiológica, o que é habitual em doentes que se dirigem a este Hospital para realização de exames pedidos pelo ambulatório” – Cfr. Ponto 24 da presente deliberação.
118. Mais esclareceu que “[a]s alterações morfológicas do ECG acima descritas em doente assintomático naquele momento, por si só não são condições “sine qua non” que obrigam à activação do INEM ou transporte do doente em ambulância para o Hospital com Serviço de Cardiologia com Unidade Coronária e Hemodinâmica (Cateterismo Cardíaco) (...) para orientação e tratamento adequados” – Cfr. Ponto 24 da presente deliberação.
119. Em suma, no que à factualidade atinente a esta data concerne, o reclamante questiona se a atuação dos dois prestadores em apreço, nomeadamente os médicos que o atenderam, estão de “acordo com as boas práticas da medicina (...) as designadas Legis Artis”.
120. Acontece que tal avaliação sobre a atuação técnica dos cuidados prestados ao utente subtrai-se ao quadro de competências da ERS, motivo pelo qual competirá remeter cópia

dos presentes autos de inquérito à OM, de molde a que a mesma adote as diligências tidas por necessárias no quadro factual vindo de referir.

**b. Dos cuidados de saúde prestados a ED no dia 16 de setembro de 2019**

121. Necessariamente distinta será a conclusão no que diz respeito aos cuidados de saúde prestados no HL-PV no dia 16 de setembro 2019.
122. Por pressupor também uma avaliação sobre a atuação técnica dos cuidados prestados ao utente, a qual, como se sinalizou, se encontra vedada à ERS à luz do seu leque de competências e atribuições legais, a presente deliberação não se pronunciará sobre a decisão do HL-PV de submeter o utente, na tarde de 16 de setembro de 2019, à prova de esforço acima referida.
123. Em todo o caso, da análise atenta e rigorosa dos elementos carreados para os presentes autos, incluindo os esclarecimentos e documentos facultados pelo prestador HL-PV, resulta inequívoco que, *in casu*, se verificaram sérios problemas quer na referenciação do utente para urgência hospitalar, quer no seu processo de transferência inter-hospitalar, não tendo sido salvaguardado o direito de acesso de ED a uma prestação de cuidados de saúde adequada, integrada, tempestiva e de qualidade.
124. Efetivamente, conforme se pode ler na resposta do prestador HL-PV, o médico cardiologista deste estabelecimento, após a conclusão dos exames melhor descritos no ponto 18 da presente deliberação, considerou que a *“prova de esforço foi anormal – dor torácica em crescendo, no pico do exercício, e com alterações de ST, mas sem critérios de positividade”*, pelo que *“[e]m face da situação clínica e por ser doente “com alta probabilidade de síndrome coronária aguda/angina instável foi aconselhada a ser observada na urgência para seriação de marcadores de necrose miocárdica e electrocardiograma”* – Cfr. Ponto n.º 22 da deliberação.
125. Por outras palavras, *“[a]pós a realização dos exames referidos, o médico cardiologista identificou uma situação clínica com necessidade de avaliação urgente, tendo proposto a sua referenciação ao Atendimento Urgente”* – Cfr. Ponto n.º 22 da deliberação.
126. A gravidade da situação do utente foi, igualmente, confirmada pelo CODU do INEM – acionado por iniciativa de ED -, tendo o processo de triagem do utente culminado *“na atribuição da prioridade máxima, a Prioridade 1 (P1)”*, procedendo-se, de imediato, ao *“envio de meio de suporte avançado de vida e meio de suporte básico de vida”* – Cfr. Ponto n.º 28 da deliberação.

127. Uma vez chegado ao HB, o utente foi triado como *“muito urgente”*, tendo sido sujeito a cateterismo de urgência, tendo, posteriormente, sido diagnosticado com um *“enfarte agudo do miocárdio inferior evoluído”* – Cfr. Pontos 20 e 32 da presente deliberação.
128. A situação do utente era, pois, de enorme gravidade, exigindo-se por parte do prestador HL-PV a sua referenciação no âmbito de VV coronária.
129. Na verdade, *“[o] processo de encaminhamento através de VV deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantir a continuidade e a integração de cuidados”* (n.º 3 do artigo 13.º do Despacho n.º 10319/2014).
130. Pese embora o prestador HL-PV alegue que o médico cardiologista daquele estabelecimento solicitou a *“referenciação [do utente] ao Atendimento Urgente”* e que *“[e]laborou carta e efectuou “contacto telefónico com o colega de cardiologia do SU de Braga, para orientação e tratamento do doente”*”, a verdade é que, dos elementos carreados para os presentes autos, não é possível, de todo, corroborar tal tese.
131. Desde logo, porque tais afirmações, além de expressamente contrariadas pelo reclamante – que referiu que o prestador HL-PL, confrontado com o seu quadro clínico, se limitou a entregar-lhe uma carta e a aconselhá-lo a dirigir-se para o HB -, não encontram qualquer suporte documental.
132. Efetivamente, em nenhum dos documentos emitidos pelo HB que foram juntos aos autos consta a menção a qualquer pedido de transferência inter-hospitalar formulado pelo HL-PV ou a qualquer contato prévio entre médicos (cardiologistas) dos respectivos estabelecimentos, referindo-se, ao invés, que o utente *“(…) recorreu ao Serviço de Urgência (...) transferido pelo INEM”*.
133. Por outro lado, conforme decorre das informações prestadas pelos BVF e pelo CODU-INEM, estas entidades foram contactadas directamente pelo próprio utente às 17h21 do dia 16 de setembro, tendo os meios de socorro sido accionados às 17h38 do mesmo dia, isto é, já depois da saída do HL-PV.
134. De facto, conclui-se que o pedido de auxílio e o accionamento dos meios de socorro foram efetuados após a saída do utente do HL-PV, por duas ordens de razões.
135. Em primeiro lugar, pois, tendo o utente procedido ao pagamento dos serviços de saúde prestados pelo HL-PV às 17h13min do dia 16 de setembro de 2019, é de admitir, à luz das regras da lógica e da experiência comum, que a sua saída daquele estabelecimento ocorreu nos instantes que se seguiram – Cfr. Documento n.º 6 junto com a reclamação.

136. Em segundo lugar, porque o local da ocorrência, segundo os elementos facultados pelos BVF e pelo CODU-INEM, foi a “*Estrada Nacional 13, rotunda de acesso à A28*”, quer dizer, os meios de socorro accionados não foram chamados, nem se dirigiram para o HL-PV.
137. Acresce que, além da devida referenciação do utente para urgência hospitalar, ao prestador HL-PV cabia ainda a tarefa de articular adequadamente o processo de transferência inter-hospitalar do utente para o HB, o que manifestamente não fez.
138. Na verdade, impunha-se, pois, ao prestador HL-PV que estabelecesse um contacto prévio (preferencialmente telefónico) com o responsável do HB, descrevendo a situação clínica, expondo as razões que motivavam a transferência e confirmando a disponibilidade de recursos para receber o utente.
139. Por outro lado, cabia-lhe, ademais, registar devidamente 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 atrás descritos, bem como a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente.
140. O que também não logrou demonstrar ter feito.
141. Finalmente, era, igualmente, competência do prestador HL-PV: (i) garantir 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; (ii) transferir o utente para o HB, com a respetiva carta de acompanhamento da transferência, a qual devia incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de factores de risco acrescido e, bem assim, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, de molde a permitir ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde; (iii) coordenar e responsabilizar-se operacionalmente pela transferência do utente, onde se inclui a garantia de transporte que permitisse a sua concretização; (iv) assegurar 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.
142. Obrigação que, conforme resulta do supra descrito, igualmente incumpriu.
143. Tudo concorrendo para que, no dia 16 de setembro de 2019, o prestador HL-PV não tenha salvaguardado o direito de acesso da utente ED a uma prestação de cuidados de saúde integrada, tempestiva e de qualidade, contrariando o disposto na alínea b) da Base 2 da LBS e do artigo 4.º Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

**c. Do transporte do utente para o HB sem acompanhamento da VMER**

144. Dos elementos carreados para os presentes autos logrou-se apurar que o reclamante foi transferido para o HB pelos BVF, sem o acompanhamento do médico de serviço da VMER.
145. Pronunciando-se sobre tal facto, o INEM declarou, como atrás se referiu que, no momento da passagem de dados registada no evento, aquele médico de serviço da VMER informou o Médico Regulador do CODU que o transporte até à unidade hospitalar iria decorrer com acompanhamento médico daquela VMER, tendo, contudo, verificado que tal não sucedeu após consulta da Ficha de Observação Médica – Cfr. Ponto 28 da deliberação.
146. Os BVF, por seu turno, confirmam que o transporte do utente foi efectuado sem o acompanhamento do médico de serviço da VMER, mas que tal situação ocorreu com “conhecimento” e “concordância” do INEM-CODU – Cfr. Ponto 28 da presente deliberação.
147. Ora, como atrás se sublinhou, no dia 16 de setembro de 2019, no processo de triagem do reclamante, o INEM atribuiu-lhe a “*prioridade máxima, a Prioridade 1 (P1)*”, tendo o HB triado o utente como “*muito urgente*”.
148. Tratando de transporte terrestre de “*doente urgente/emergente*”, tem, pois, aplicação o disposto na Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro (alterada pela Portaria n.º 96/2018, de 6 de Abril).
149. Ora, como atrás se fez notar, “[o] *transporte de doentes urgentes e emergentes realiza-se na dependência direta do [CODU] do INEM, no âmbito do [SIEM]*”, sendo que, no transporte destes doentes, a tripulação “[é] *composta por, pelo menos, dois profissionais de emergência (técnicos de emergência, enfermeiros, e/ou médicos) com formação adequada ao tipo de suporte e cuidados de emergência médica necessários*” (alínea a)) e “[p]ossui *capacidade para aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), através de profissionais com formação específica e atuação protocolada, sob controlo médico e supervisão clínica da estrutura profissional do INEM*” (alínea b)) – Cfr. Artigos 7.º e 8.º da mencionada Portaria.
150. Ora, analisada a disciplina jurídica supratranscrita, é possível constatar que a tripulação da ambulância que procede ao transporte de doente urgente/emergente não tem, necessariamente, de ser composta por médico, isso mesmo se percebendo pelo recurso, no mencionado normativo, à conjunção coordenativa “e” e à conjunção “ou”.
151. Quer dizer, a preocupação do legislador, vertida no artigo 8.º daquela Portaria, é a de que a tripulação daquele transporte seja composta “*por, pelo menos, dois profissionais de*

*emergência*”, podendo tratar-se de *“técnicos de emergência, enfermeiros, e/ou médicos”*, e (i) desde que os mesmos tenham *“formação adequada ao tipo de suporte e cuidados de emergência médica necessários”* e (ii) possuam capacidade para aplicação de SBV, SIV e SAV, tudo, convém recordar, *“sob controlo médico e supervisão clínica da estrutura profissional do INEM”*.

152. Atento o exposto, da circunstância de o reclamante não ter sido acompanhado ao HB pelo médico da VMER não parece resultar uma violação do seu direito de acesso a uma prestação de cuidados de saúde integrada, tempestiva e de qualidade, nos termos previstos na alínea b) da Base 2 da LBS e do artigo 4.º Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

153. Todavia, considerando os esclarecimentos prestados pelo INEM e pelos BVF que acima se enunciaram, é entendimento da ERS que se justifica, também por esta via, a remessa de cópia dos presentes autos de inquérito à Ordem dos Médicos, de molde a que a mesma adote as diligências tidas por necessárias no quadro factual vindo de referir.

154. No mesmo sentido, considerando a missão, as competências e atribuições do INEM acima enunciadas, justifica-se, igualmente, o envio de cópia dos presentes autos àquele instituto, de maneira a que o mesmo promova e/ou concretize as diligências tidas por necessárias à luz da factualidade ora apurada.

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

155. 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 (CPA), aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo, assim, sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o reclamante e os prestadores acima identificados.

156. Todavia, somente o HL-PV apresentou a sua pronúncia escrita, o que fez através do envio de mensagem de correio de eletrónico, datada de 6 de abril de 2021, a qual continha, como anexos, dois documentos, a saber: i) *“alegações do Dr. [AF], na sua qualidade de coordenador do Atendimento Urgente do [HL-PV]”*, comunicação datada de 26 de março de 2021, e que é acompanhada de informação complementar já anteriormente remetida à ERS (mencionada, aliás, no ponto 22 da presente deliberação; ii) comunicação do Dr. [JP], director clínico do HL-PV, datada de 30 de março de 2021.



157. Relativamente ao primeiro anexo remetido, cumpre destacar, pela sua relevância para os presentes autos, os seguintes trechos:

“(...) 1. *Referenciação de doentes adultos (com doença aguda) do [HL-PV] para o serviço de atendimento permanente (AMP).*

2. *Como é do conhecimento de todos os médicos que trabalham no ambulatório do [HL-PV] a referida referenciação é realizada através de um processo muito simples que **consiste no contacto directo, telefónico ou através de uma nota explicativa entre o médico assistente e o médico de serviço no AMP.***

3. ***O AMP adultos do [HL-PV] funciona 24h por dia, 7 dias por semana, incluindo feriados.** É assegurado do ponto de vista médico por dois médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), um Internista e um Anestesiologista, todos em presença física. Colabora com o AMP especialistas de cirurgia geral e de Ortopedia em regime de “chamada” para a qual é elaborada uma escala mensal. Os serviços de Obstetrícia e de Pediatria têm estruturas autónomas.*

4. *Processo de transferência inter-hospitalar de doentes urgentes do ambulatório do [HL-PV].*

5. *Este processo é na quase totalidade dos casos realizado através do AMP.*

6. ***Todos os doentes são obrigatoriamente avaliados pelo médico de MGF de serviço no AMP e pelo médico Internista de Urgência no que diz respeito à oportunidade, indicação e segurança da transferência.** Em situações de síndrome coronário agudo com supradesnivelamento de ST ou de Acidente Vascular Cerebral agudo com indicação para trombólise ou trombectomia **é contactado o INEM para realização da transferência inter-hospitalar.***

7. *Nas situações em que o doente, com indicação para internamento, exige alta contra parecer médico solicitando ser transferido para Hospital do SNS, **é realizada pelos médicos referidos anteriormente uma avaliação de risco de transporte, a qual é explicada ao doente ou à família/acompanhante.** Nos casos onde se verifique ser necessário um acompanhamento médico **é um dos médicos do serviço do AMP que assegura o apoio durante a transferência inter-hospitalar.***

8. ***Em todos os casos de transferência inter-hospitalar são previamente realizados todos os contactos com o hospital de destino necessários a uma transferência em segurança.***

9. **O registo de todos os procedimentos atrás referidos é obrigatório e é realizado no processo clínico doente.** (...) – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Alegações do Dr. [AF], coordenador do Atendimento Urgente do [HL-PV], comunicação datada de 26 de março de 2021, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

158. No que diz respeito à comunicação do Dr. [JP], director clínico do HL-PV, importa aludir, pela sua importância para os presentes autos, as seguintes passagens:

“(...) 1. A *Direção Clínica do [HL-PV], unidade integrante do [HHP], **no cumprimento da instrução constante da “DECISÃO” homologada, procedeu à divulgação interna do teor daquela “Decisão”, reforçando junto de todos os colaboradores a necessidade de cumprimento das normas internas aplicáveis;***

2. *No cumprimento da mesma decisão o [HL-PV] vem juntar evidência do cumprimento das recomendações emitidas pela [ERS], anexando cópia de todas as normas a observar por todos os colaboradores no atendimento, observação e tratamento de doentes, a saber:*

a. (...) *Carta dos direitos e deveres dos doentes;*

b. (...) **Transmitir informação nas transições de cuidados de saúde;**

c. (...) **Transferências e transportes externos;**

d. (...) *Transporte inter-hospitalar de clientes;*

e. (...) *Requisição de transporte-ambulância;*

f. (...) *Monitorização de transporte Inter-Hospitalar Adulto;*

g. (...) *Monitorização de transporte Inter-Hospitalar Pediátrico;*

h. (...) *Checklist para transferência inter-hospitalar; (...)* ” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Comunicação do Dr. [JP], director clínico do HL-PV, datada de 30 de março de 2021, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

159. Pela sua relevância para os presentes autos, importa aludir aos seguintes trechos do documento denominado “*Transmitir informação nas transições de cuidados de saúde*” (aprovado pelo HL-PV em 2 de dezembro de 2020):

“(…) **Âmbito:** Assegurar que a transmissão de informação sobre cuidados de saúde aos clientes precisa, completa e inequívoca, de forma a garantir a segurança do cliente e a continuidade dos cuidados de saúde em toda a Unidade.

**Objetivo:** Garantir a transmissão de informação completa, precisa, inequívoca e oportuna sobre os cuidados aos clientes nas transições de cuidados de saúde, de forma a assegurar a continuidade dos mesmos e a segurança do cliente.

**Destinatários:** Todos os profissionais de saúde.

### **Descrição**

#### **Pré-condições**

(…)

As transições de cuidados dentro de Unidade de prestação de cuidados de saúde podem ocorrer nos seguintes cenários:

(…)

B. Entre diferentes níveis de cuidados de Unidade, como nos casos das **transferências inter-hospitalares**. (…)

#### **Sequência das Ações**

Durante os processos de transição de cuidados dos clientes, a comunicação é feita de modo a garantir a implementação do plano terapêutico, a continuidade de cuidados e a prevenção de falhas.

A informação crítica relativa ao cliente é considerada essencial, uma vez que o seu desconhecimento pode colocar em risco a sua segurança, independentemente do contexto onde este se encontra.

Deste modo, para garantir a comunicação eficaz nas transições de cuidados, incluindo a informação crítica a integrar em qualquer cenário de transição de cuidados (nos cenários A e B), utiliza-se a metodologia ISBAR (Identify-Situation-Background-Assesment-Recommendation), que consiste na transmissão da seguinte informação:

1. *Identificação: identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do cliente a que diz respeito a comunicação;*
2. *Situação atual: descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;*
3. *Background (Antecedentes): descrição de factos clínicos e de outros considerados relevantes (nível de dependência; hábitos relevantes; adesão terapêutica; directiva antecipada de vontade; ou a história social), Alergias e Risco de colonização/infecção e medidas decorrentes;*
4. *Avaliação: problemas ativos, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;*
5. *Recomendações: descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do cliente.*

*A transmissão da informação é feita de forma oral, presencial ou telefonicamente, replicando e enfatizando a informação clínica registada no processo clínico; é apoiada por modelos de comunicação adequados aos vários contextos de cuidados, os quais garantem a eficácia da comunicação.*

*O conteúdo da informação e a sua profundidade é adaptado ao contexto da transição de cuidados que está a ser feita.*

*Entre serviços de prestação de cuidados e serviços de diagnóstico ou tratamento (cenário C) o conteúdo crítico é transmitido através da informação clínica que consta na respetiva requisição do exame e no processo clínico, nomeadamente:*

- *Nome completo do cliente, Número do Processo Clínico (NP), alergias relevantes, necessidade de isolamento (dados que aparecem automaticamente) e diagnóstico clínico;*
- *Identificação do exame, tratamento ou procedimento (dados associados à prescrição);*
- *Recomendações específicas para o exame, procedimento ou tratamento a realizar, quando aplicável.*

*Caso existam tratamentos adversos, ou situações que representem risco de falha de transmissão de informação na transição de cuidados, os mesmos devem ser reportados no*

*sistema de notificação em vigor, com vista à introdução de melhorias ao nível da comunicação na transição de cuidados. (...)* – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Documento acima identificado, cujo teor se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

160. Importa ainda mencionar o documento denominado “*Transferências e transportes externos*”, documento aprovado pelo prestador em 20 de janeiro de 2021, composto por onze artigos, e cujo objectivo é o de “[d]efinir e uniformizar as etapas de realização de transferências inter-hospitalares de clientes da rede Hospital Luz, entre as várias Unidades do grupo Luz Saúde, outras Unidades hospitalares públicas ([SNS]), privadas ou do setor social” - Cfr. Documento acima identificado, cujo teor se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

161. De entre o conjunto de artigos ali contemplado, importa fazer menção aos seguintes:

**“(...) Artigo 3.º**

**Motivo de transferência**

*As transferências inter-hospitalares são motivadas por razões:*

- *Clínicas*

*Os motivos de natureza clínica que levam à necessidade de transferência do cliente, por norma, prendem-se com o grau de complexidade assistencial e dependem da aceitação pelo Médico responsável da Unidade hospitalar de destino. Desta forma, poderão ocorrer as seguintes situações:*

*a) Necessidade de avaliação, vigilância, tratamento ou outra de prestação de cuidados de saúde não disponível na Unidade da rede Hospital da Luz de origem;*

*b) Necessidade de monitorização e vigilância clínica antes de alta médica em horário que ultrapasse o horário de funcionamento da Unidade da rede Hospital da Luz de origem;*

- *Não clínicas*

*Os motivos não clínicos das transferências inter-hospitalares de clientes ocorrem por vontade expressa do próprio cliente ou representante legal/procurador de cuidados de saúde ou de familiar/cuidador/acompanhante do cliente, podendo configurar a transferência*

*de Unidades da rede Hospital da Luz para Unidades hospitalares do SNS, privadas ou do sector social.*

(...)

### **Artigo 5.º**

#### **Decisão de transferência inter-hospitalar**

*A decisão de transferir um cliente é um ato Médico, que pressupõe a análise da relação risco-benefício da mesma, da responsabilidade do Médico responsável pelo cliente. A avaliação do cliente é efectuada no serviço de origem previamente ao transporte do cliente, com base no score de risco adaptado Etxebarria et al., EUR J Emerj, 1998, recomendado pela Ordem dos Médicos que permite definir as necessidades de recursos humanos para acompanhamento, a monitorização e equipamento necessário em função de parâmetros clínicos.*

*Ao Médico responsável incumbe também o contacto com o Médico chefe, ou quem o represente, da Unidade hospitalar de destino. A Unidade hospitalar de destino tem de aceitar a transferência para que se possa prosseguir com o procedimento. Ficam registados no processo clínico do utente, o nome da Unidade e o nome do Médico que aceitou a transferência para a Unidade de destino conforme processo definido.*

(...)

*O Médico responsável pelo cliente na rede Hospital da Luz (de origem) discute com o cliente e/ou seu representante legal/procurador de cuidados de saúde ou de familiar/cuidador/acompanhante do cliente a indicação clínica para o tipo de transporte inter-hospitalar de acordo com a sua situação clínica, sendo-lhes explicada a razão da necessidade da transferência (no caso de a transferência ser motivada por razões clínicas) e o nome do serviço de destino.*

(...)

*O Médico responsável documenta toda a informação relacionada com a decisão de transferência ( incluindo o score do risco), e contacto, aceitação ou recusa da Unidade de destino no processo clínico do cliente.*

(...)

## **Artigo 8.º**

### **Deveres da equipa clínica da Unidade de Origem**

*São deveres da equipa clínica da Unidade de origem da rede Hospital da Luz, nomeadamente os seguintes:*

- a) Tomar a decisão de transferência inter-hospitalar e determinar qual a indicação clínica para o transporte;*
- b) Informar o cliente ou seu representante legal/procurador de cuidados de saúde ou de familiar/cuidador/acompanhante do cliente: da decisão de transferência do cliente para outra Unidade hospitalar, em especial, quanto à necessidade de benefícios de transferência inter-hospitalar; a Unidade de destino (quando motivada por decisão clínica); características do transporte inter-hospitalar (designadamente o tipo de transporte recomendável; a data e hora previsível e os meios físicos e humanos necessários);*
- c) Contactar o chefe da equipa médica da Unidade de destino, ou quem o represente, para propor a transferência do cliente e garantir que esta transferência inter-hospitalar é aceite pela Unidade hospitalar de destino;*
- d) Proceder à definição das condições do transporte a realizar em modelo próprio;*
- e) Discutir com o cliente e/ou seu representante legal/procurador de cuidados de saúde ou de familiar/cuidador/acompanhante do cliente incapaz de expressar a sua vontade as opções de transporte inter-hospitalares disponíveis;*
- f) A aceitação da transferência inter-hospitalar por indicação clínica e do meio de transporte proposto é prestada verbalmente pelo cliente (caso esteja em condições de consentir) ou pelo seu representante legal ou pessoa de contacto registada na ficha do cliente, podendo ser determinada por decisão clínica independentemente da aceitação nos casos de urgência e no melhor interesse do cliente;*
- g) Verificar a existência e identificação de acompanhante de transporte, nos casos dos transportes não urgentes no qual poderá existir um acompanhante junto do cliente;*

*h) Informar a área administrativa do serviço, da realização da transferência, para que possam efectivar os procedimentos administrativos necessários para a requisição de transporte;*

*i) Realizar a nota da transferência e garantir que a informação relativa ao cliente é transferida com o mesmo, para assegurar a continuidade de cuidados de acordo com as suas necessidades;*

*j) Garantir que o cliente está preparado e tem condições clínicas para iniciar o transporte.*

### **Artigo 9.º**

#### **Responsabilidade da equipa clínica que acompanha o cliente no transporte**

*A equipa clínica que acompanha o cliente no transporte é responsável, nomeadamente, pelo seguinte:*

*a) Verificação, pelo responsável da equipa de transporte, de toda a informação e condições de realização de transferência antes de iniciar o transporte (...);*

*b) Assegurar o equipamento de monitorização e os meios de tratamento necessários durante o transporte;*

*c) Monitorizar e registar evidência da condição do cliente durante o transporte em modelo de registo próprio;*

*d) Garantir que o tripulante de ambulância procede à admissão administrativa na Unidade Hospitalar de destino;*

*e) Proceder à passagem de responsabilidade clínica do cliente à equipa clínica da Unidade de destino, garantindo a evidência da transição em modelo próprio, utilizando a metodologia ISBAR e entregando a documentação que acompanha o cliente;*

*f) Garantir a recolha dos equipamentos antes de iniciar o regresso da equipa clínica ao seu local de partida; (...)" - Cfr. Documento acima identificado.*

162. Da análise da pronúncia escrita apresentada pelo HL-PV, denota-se, pois, um comportamento tendente ao cumprimento da deliberação projetada, nomeadamente no que



diz respeito às alíneas iii) e iv) daquela instrução, sendo a este propósito paradigmáticos os três documentos acima parcialmente transcritos (alegações do Dr. [AF], coordenador do Atendimento Urgente do [HL-PV], comunicação datada de 26 de março de 2021; e os documentos denominados “*Transmitir informação nas transições de cuidados de saúde*” e “*Transferências e transportes externos*”, anexados com a comunicação do Dr. [JP], director clínico do HL-PV, datada de 30 de março de 2021).

163. Por essa razão entende-se o HL-PV deu já cumprimento à instrução constante das alíneas iii) e iv) da deliberação projectada, razão pela qual se considera desnecessária a manutenção da alínea (vi) da instrução projetada.

164. O mesmo não se poderá dizer em relação à instrução vertida no ponto v) da deliberação projetada cuja necessidade de cumprimento se mantém.

165. Na verdade, não obstante as declarações no sentido do seu cumprimento, entende-se que deverá ser mantida tal instrução, uma vez que não foi remetido qualquer registo comprovativo do conhecimento dados aos profissionais envolvidos acerca dos procedimentos ora instituídos pelo HL-PV.

## V. DECISÃO

166. 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 “*Hospor – Hospitais Portugueses, S.A.*” (HHP), com especial incidência no Hospital da Luz – Póvoa de Varzim no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o disposto na alínea b) da Base 2 da LBS e nos artigos 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente em razão da

patologia, idade ou especial vulnerabilidade dos utentes, devendo garantir a integração dos cuidados prestados, não impondo ao utente uma quebra do nível assistencial adequado à sua situação clínica;

- (iii) Garantir, de forma imediata e tempestiva, a devida referenciação dos utentes para a urgência e emergência hospitalar e o acionamento do CODU do INEM, para concretização da necessidade de transporte/transferência sempre que o quadro clínico dos utentes o justifique ou, pelo menos, indicie uma indefinição ou imprevisibilidade da situação clínica;
- (iv) Adotar 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, dos n.ºs 1 e 2 do artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e do Regulamento 964/2020, de 3 de novembro;
- (v) Garantir, em permanência, que os procedimentos descritos nas alíneas anteriores 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.

167. A instrução emitida constitui 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.*”

168. Mais se propõe ao Conselho de Administração que seja advertida o “*Hospor – Hospitais Portugueses, S.A.*” (HHP) que, na sequência da entrada em vigor, em 3 de dezembro de 2020, do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de Novembro, a violação das regras aí consagradas 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 (artigo 13.º do mencionado Regulamento).

169. Ao abrigo das normas identificadas no ponto 155 da presente deliberação, propõe-se, igualmente, ao Conselho de Administração da ERS o arquivamento dos presentes autos de inquérito no que diz respeito aos prestadores “*Santa Casa da Misericórdia de Fão*” (SCMF) e “*Hospital de Braga, E.P.E.*” (HB).

170. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Ordem dos Médicos e do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P..

A presente deliberação será publicada, a final, no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 04 de junho de 2021.



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, 2021

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).