

**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/069/2023;

**I. DO PROCESSO**

**I.1. Origem do processo**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 16 de maio de 2023, da reclamação subscrita por AG, visando a atuação do Hospital de Braga, E.P.E. (HB), entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 30922.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o n.º REC/54084/2023, o exponente alega, em suma, que, no dia 13 de maio de 2023, o seu familiar AM foi transferido para outra unidade de saúde, sem que a família fosse informada do sucedido.

3. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 3 de agosto de 2023, à abertura do presente processo de inquérito.

## I.2. Diligências

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do HB, constatando-se que o mesmo é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 30922;
  - (ii) Notificação da abertura do processo de inquérito à reclamante AG, concretizada através de ofício datado de 7 de agosto de 2023;
  - (iii) Notificação da abertura de processo de inquérito ao HB (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizada através de ofício datado de 7 de agosto de 2023 e receção da respetiva resposta no dia 1 de setembro de 2023;
  - (iv) Pedido de elementos adicional ao HB no dia 8 de janeiro de 2024 e receção da respetiva resposta no dia 15 de janeiro de 2024.

## II. DOS FACTOS

5. No dia 15 de maio de 2023, a reclamante AG redigiu no livro de reclamações do HB a exposição que *infra* se transcreve:

*“Venho por este meio demonstrar o meu desagrado pelo atendimento prestado a um familiar direto, pois procederam à sua transferência para outra unidade de saúde sem informar a família, o caso remonta ao passado dia 13/05/2023 e o utente em questão é [AM]”.*

6. Numa primeira resposta à reclamante, o HB transmitiu o seguinte:

*“[...] Analisada a situação em apreço com os Serviços de Urgência e Ortopedia, verificamos que o utente [AM] recorreu a este serviço no dia 12.05.2023. Foi triado pelas 08h44, com prioridade clínica ‘pouco urgente’, por problemas nos membros, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, que se baseia numa série*

*de fluxogramas e discriminadores que são ativados em função das queixas apresentadas pelos doentes.*

*Pelas 09h29, foi realizada a primeira observação médica tendo sido solicitados os exames complementares de diagnóstico e realizado tratamento tido por adequado.*

*Avaliados todos os resultados dos exames realizados foi avaliado pela especialidade de Ortopedia e elaborado diagnóstico que carecia de observação pela especialidade de Cirurgia Vasculuar, pelo que foi contactado o Hospital de São João, dada a necessidade de transferência do doente.*

*Lamentando o lapso comunicacional descrito e a percepção da falta de humanidade na relação interpessoal [...]”.*

7. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS enviou ao HB, em 7 de agosto 2023, o seguinte pedido de elementos:

“[...]”

1. *Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
2. *Descrevam todas as etapas percorridas pelo utente no Hospital de Braga, E.P.E., com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
3. *Esclareçam que razões determinaram a transferência do utente para o Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.;*
4. *Remetam cópia do procedimento, atualmente, em vigor relativo ao direito de acompanhamento no Hospital de Braga, E.P.E.;*
5. *Informem do procedimento em vigor relativo à operacionalização de transferências inter-hospitalares, no que especialmente concerne à prestação de informação aos familiares designados para efeito de direito ao acompanhamento, indicando, no caso concreto, quais as diligências encetadas por V. Exas. no sentido de informar os acompanhantes do utente Aurélio Macedo sobre a sua transferência para o Centro Hospitalar*

Universitário de São João, E.P.E., acompanhado de toda a documentação de suporte;

6. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*

8. Em resposta ao solicitado, o HB remeteu, em 1 de setembro de 2023, os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

- 1- *Em relação à situação descrita na reclamação, conforme informação veiculada anteriormente junto da Reclamante, o Utente [AM] recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Braga, EPE no dia 12.05.2023, tendo sido triado pelas 08h44min pela Sra. Enfermeira [CF], com prioridade clínica “pouco urgente”.*
- 2- *Pelas 09h29min foi realizada a primeira observação médica pela Dra. [JS], médica especialista em regime de contrato de prestação de serviços, tendo sido solicitada a realização de exames complementares de diagnóstico.*
- 3- *Realizados e recebidos todos os resultados dos exames realizados, incluindo os que careciam de serem repetidos, o utente foi avaliado pela especialidade de Ortopedia pelo Dr. [CC], médico em formação pós-graduada da especialidade de Ortopedia, cujo diagnóstico carecia de observação pela especialidade de Cirurgia Vasculuar.*
- 4- *Atendendo ao facto de que à hora da referenciação para Cirurgia Vasculuar, o Hospital de Braga, EPE já não disponibiliza essa especialidade, dada a necessidade de transferência do doente, o Serviço de Ortopedia contactou o Centro Hospitalar Universitário São João, EPE (CHUSJ, EPE).*
- 5- *Contactado o Serviço de Urgência de Cirurgia Vasculuar do CHUSJ, EPE, na pessoa do Dr. [TP], transmitido o quadro clínico e historial do utente, foi sugerida colheita de rastreio séptico, por não reunir critérios para observação em período noturno, sendo acordada a sua transferência para aquela unidade hospitalar na manhã do dia seguinte, dia 13 de maio de 2023, o que veio a suceder, sem prejuízo da vigilância contínua que foi sendo realizada até esse momento.*
- 6- *Todas estas etapas foram executadas em cumprimento dos procedimentos previstos no Manual de Transferência Clínica de Utentes - MANUAL.034.01 e*

na Política de Transferência de Utentes POL.054.03, que aqui se remetem como **Anexo 1** e **Anexo 2**, nomeadamente:

- a) *Contacto telefónico institucional com o CHUSJ, EPE;*
- b) *Confirmação de que o CHUSJ pode disponibilizar os meios necessários ao tratamento e se tem vagas assumido o compromisso de que a vaga está disponível, antes do início do transporte;*
- c) *Fornecido ao CHUSJ, EPE toda a informação clínica referente ao utente, incluindo a informação correspondente ao período de transporte/ transferência;*
- d) *Acordada a hora adequada para a receção do utente, fazendo face, em primeiro lugar, ao quadro clínico do utente e, em segundo, à disponibilidade do CHUSJ*

*7- Relativamente à informação transmitida ao utente e sua acompanhante quanto à transferência, ambos terão sido informados sobre toda a situação, nomeadamente da instituição e momento em que iria ocorrer a transferência, em cumprimento do previsto no n.º 12, Capítulo 3, do MANUAL.034.01, ora junto, sendo que tal informação terá sido prestada a uma das pessoas de quem se fez acompanhar, nomeadamente a sua esposa ou a sua irmã, Sra. [LJ].*

*8- Por fim, em relação aos procedimentos em vigor a nível de exercício do direito de acompanhamento pelos utentes, remete-se o Regulamento de Visitas REG-017.06, junto como Anexo 3.*

*Relevamos que o Hospital de Braga, EPE pugna pelo respeito de todas as regras e protocolos em vigor, elaborados de forma a assegurar a adequada transferência de utentes entre unidades de saúde, salvaguardando-se as suas necessidades e os devidos cuidados de saúde, sendo este caso em específico um exemplo do cumprimento dos procedimentos internos previstos para o eleito.”.*

9. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o HB juntou os seguintes documentos:
  - i. Política “Transferência Clínica De Utentes”, de 8 de julho de 2021, que dispõe o seguinte:

### 1. OBJETIVO

Definir os critérios para que as transferências clínicas de utentes, programadas ou emergentes, intra ou inter-hospitalares, sejam efetuadas nas máximas condições de segurança.

### 2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os serviços clínicos do Hospital de Braga.

### 3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Conselho de Administração do Hospital de Braga a implementação desta política.

### 4. REFERÊNCIAS E DEFINIÇÕES

Crítérios do Manual CHKS [2020]: 16.1.

**Transferência clínica inter-hospitalar** – Transferência de utentes efetuada do Hospital de Braga para outras instituições de saúde, por motivos clínicos. Pode ser programada, urgente ou emergente.

**Transferência clínica intra-hospitalar** – Transferência de utentes efetuada entre serviços do Hospital de Braga, por motivos clínicos. Pode ser programada, urgente ou emergente.

### 5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A transferência de utentes, por motivos clínicos, é uma necessidade quotidiana, sendo importante que se estabeleçam princípios que orientem estas transferências, no sentido de as tornar seguras para os utentes. Esta segurança tem de ser garantida quer para as transferências intra-hospitalares, como para as inter-hospitalares, programadas ou emergentes.

São princípios orientadores para a implementação desta política:

1. Cabe ao Médico responsável pelo utente a decisão e o planeamento da transferência clínica intra ou inter-hospitalar;
2. No caso das transferências inter-hospitalares, a decisão de transferência tem que ser autorizada pelo Diretor do Serviço;
3. O planeamento da transferência clínica é multidisciplinar e deve considerar
  - a. O estado clínico do utente;
  - b. A necessidade e o tipo de acompanhamento durante o transporte;
  - c. Os meios que devem ser utilizados para a transferência;
  - d. O cumprimento de todas as normas de segurança, tais como a necessidade de monitorização e a implementação de terapêutica durante o período de transporte;
  - e. O fornecimento de toda a informação clínica referente ao utente.
4. Nas transferências clínicas entre serviços do Hospital de Braga, o serviço recetor do utente deve esclarecer todas as dúvidas que possam subsistir no momento da transferência;
5. As transferências clínicas só devem ser efetuadas depois de garantida a receção pela instituição e/ou serviço de destino;
6. A Equipa de Gestão de Camas deve ser informada sobre todas as transferências clínicas que envolvam a libertação/ ocupação de camas.
7. O utente/ acompanhante deve também ser informado sobre o destino do doente, o motivo de transferência e se possível sobre a data e/ou horário previsto para a transferência.

- ii. Manual de Transferência Clínica de Utentes, de 15 de dezembro de 2020, com o seguinte teor:

[...]

### CAPÍTULO 3

#### PROCEDIMENTOS CLÍNICOS DE TRANSFERÊNCIA INTRA E INTER HOSPITALAR DE UTENTES

A transferência intra e inter-hospitalar de utentes deve ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

1. A decisão da transferência clínica cabe ao Médico responsável pelo utente;
  - **Obs. 1** – O planeamento da transferência inicia-se no momento da decisão e deve ser multidisciplinar.
2. No caso das transferências inter-hospitalares, a decisão de transferência tem que ser autorizada pelo Diretor do Serviço e pela Direção Clínica, sendo necessário o preenchimento do IMP.231 – *Credencial de Transferência de Utentes em Internamento* pelo médico responsável pelo utente;
 

Em situações de emergência, e na ausência da Direção Clínica, o responsável pela autorização da transferência é o Chefe e Equipa do Serviço de Urgência.
3. Após a decisão do serviço/ instituição para onde o utente será transferido, deve ser efetuado contacto prévio para confirmar a disponibilidade desse serviço/ instituição para receber o utente, assim como o momento mais oportuno;
  - **Obs. 1** – A transferência inter-hospitalar deve ser formalizada por via de contacto telefónico institucional pelos médicos do hospital de origem e do hospital de destino;
  - **Obs. 2** – Ao contactar a unidade ou serviço para onde se pretende enviar o utente, o médico responsável pela transferência deve confirmar se o hospital recetor/ destino pode disponibilizar os meios necessários ao tratamento e se tem vagas assumido o compromisso de que a vaga está disponível, antes do início do transporte;
  - **Obs. 3** – O serviço que vai receber o utente deve ser informado, detalhadamente, da situação clínica (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar) e das intervenções terapêuticas previsíveis, indicando a hora adequada para a receção do utente;
  - **Obs. 4** – O chefe de equipa tem de ter conhecimento das transferências emergentes, nomeadamente as que têm origem no Serviço de Urgência.
4. É garantido o fornecimento pelo serviço de origem ao serviço de destino de toda a informação clínica referente ao utente, incluindo a informação correspondente ao período de transporte/ transferência;
5. A informação que acompanha a transferência deve ir em envelope fechado. Deve ainda ser assegurada a confidencialidade, integridade e a disponibilidade dos registos facultados.

6. É da responsabilidade do Médico que toma a decisão da transferência clínica **inter-hospitalar** programada garantir o registo, no processo clínico eletrónico do utente, da informação relativa ao Hospital de destino, especialidade de destino e motivo da transferência, identificação dos responsáveis na origem e no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado.

- **Obs. 1** – Na transferência inter-hospitalar o utente deve ser sempre acompanhado de Carta de Transferência Médica e de Enfermagem que detalhem a situação clínica do utente, para além de outra informação do processo que se revele necessária;
- **Obs. 2** – Simultaneamente, durante o transporte devem ser mantidos registos dos parâmetros vitais, da terapêutica administrada e intercorrências surgidas. Devem ainda ser registados os parâmetros vitais no momento da entrega do utente ao serviço destinatário, no IMP.246 – *Registo de Transporte do Utente* ou no IMP.UCIP.009 – *Folha de Registo de Transporte do Doente Crítico* e no Anexo III do PRO.UCIN.007 – *Transporte Intra e Inter-Hospitalar do Doente Internado na Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos*, do qual deve ser efetuada cópia, deixando o impresso original no hospital de destino e trazendo a cópia para o Hospital de Braga.

É da responsabilidade da equipa de transferência, após o regresso ao Hospital de Braga, providenciar que essa informação seja integrada no processo eletrónico do utente (O Assistente Técnico digitaliza o impresso e integra a informação no processo eletrónico), incluindo a identificação do(s) profissional(is) que efetuou(aram) o transporte do utente.

7. É da responsabilidade do Médico que toma a decisão da transferência clínica inter-hospitalar programada a garantia do envio do Relatório Clínico, MCDT sempre que aplicável, do preenchimento do IMP.231 – *Credencial de Transferência de Utentes em Internamento* e do IMP.048 – *Requisição de Transporte*.

8. Ao efetuar o planeamento da transferência clínica, deve ser avaliado o risco clínico inerente;

9. De acordo com o risco clínico, devem ser decididas a equipa de transporte e o meio de transporte adequados. O planeamento do transporte deve ser efetuado por equipa médica e/ou de enfermagem, de acordo com estado clínico do utente, salvaguardando-se, sempre que necessário, o cumprimento das Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos.

- **Obs. 1** – Em função do estado clínico do utente ou risco previsível, são definidas as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento adequados. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos, preconizam a utilização de uma lista de verificação para o transporte de utentes críticos – Escala adaptada de *Etxebarria et al Eur.J.Emerg. 1998* (Anexo I – *Escala de Transporte do Doente Crítico*);

Para aceder a esta escala, integrada apenas na aplicação informática *B-Simple* o Enfermeiro/ Médico deve:

- o Aceder à aplicação informática *B-Simple*;
- o Selecionar o modo "Enfermagem", escalas, transporte doente crítico;
- o Selecionar "adicionar" e preencher os campos solicitados;
- o Imprimir após preenchimento.

Nas situações em que a aplicação informática é a *Glintt*, deve consultada a referida escala (Anexo I – *Escala de Transporte do Doente*) e utilizado o IMP.248 – *Registo de Transporte do Utente*.

Em função das necessidades de cada utente a equipa do planeamento da transferência decide sobre a logística de apoio ao transporte garantindo o cumprimento de todas as normas de segurança;

- **Obs. 2** – Avaliar as necessidades de monitorização do utente e selecionar os meios e equipamentos adequados ao transporte, selecionar a terapêutica adequada para eventual administração durante o transporte de forma a antecipar as necessidades do utente e a prever possíveis complicações;
- **Obs. 3** – A responsabilidade médica do transporte é da equipa que transporta o utente, que deve verificar que se encontra assegurada toda a logística adequada, não devendo aceitar transportar o utente se não verificarem as condições de segurança.

10. As responsabilidades técnicas e legais da equipa responsável pela efetivação do transporte só cessam no momento da entrega do utente ao médico do serviço destinatário;

11. Sempre que o utente, o seu representante legal ou procurador de saúde, por qualquer razão, recuse o transporte e entenda deslocar -se em viatura própria, deve ser preenchido e assinado o IMP.414 – *Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte*, que deverá ficar registado no processo clínico do utente.

- **Obs.1** - Deve ser dado prévio conhecimento ao estabelecimento de destino, através de contacto direto, da recusa de transporte pelo utente e da deslocação do mesmo em viatura própria, devendo ainda ser garantido que o utente se faça acompanhar da carta de acompanhamento da transferência, que contenha a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados

12. Os acompanhantes dos utentes alvo de transferências clínicas devem ser avisados sobre o novo serviço/ instituição e se possível sobre a data e/ ou hora em que vai ocorrer a transferência;

- **Obs.1** - A comunicação aos acompanhantes dos utentes é da responsabilidade do Médico sempre que a transferência seja motivada por um agravamento do estado clínico do doente;

- **Obs.2** - A comunicação aos acompanhantes dos utentes é da responsabilidade do Enfermeiro sempre que a transferência seja motivada pela melhoria ou estabilização do estado clínico do doente. Sempre que necessário, o Médico deverá estar disponível para esclarecimentos adicionais.

13. A gestão de camas tem de ser informada sobre todas as transferências clínicas que envolvam a libertação/ocupação de camas. Após a saída do utente, o enfermeiro responsável de turno informa a gestão de camas.

- Se no momento da decisão de uma transferência clínica interna programada não houver vagas no serviço de destino, a gestão de camas assegurará uma vaga logo que possível. Até lá, o utente fica sob a responsabilidade do serviço de origem e do médico da valência que aceitou a transferência.

14. É da responsabilidade do Médico que toma a decisão da transferência clínica **intra-hospitalar** programada a garantia de registo no processo clínico eletrónico e de prescrição terapêutica para o serviço de destino:

- a. **Obs. 1** – Nas transferências clínicas entre serviços do Hospital de Braga, o serviço recetor do utente deve esclarecer todas as dúvidas que possam subsistir no momento da transferência.

**Nota:** Nas transferências no Serviço de Urgência, depois de estabelecidas as necessidades de recursos humanos, compete ao Chefe de Equipa do Serviço de Urgência e à Coordenação de Enfermagem a definição dos elementos que vão acompanhar o transporte.

iii. Regulamento de Visitas, aprovado em 29 de junho de 2023.

10. Em complemento à informação remetida, a ERS solicitou ainda ao prestador, em 8 de janeiro de 2024, “*o envio dos registos clínicos do utente [AM], de onde constem devidamente registadas as (i) diligências encetadas junto do estabelecimento de destino, com vista à concretização da transferência de dia 13/05/2023, bem como as (ii) diligências encetadas no sentido de informar o(s) respetivo(s) acompanhante(s) do utente sobre o processo de transferência.*”.
11. Assim, em 15 de janeiro de 2024, o prestador remeteu aos autos “*a informação clínica do utente HB [...], Sr. [AM], quanto ao episódio em apreciação, e da qual constam os registos de algumas das diligências realizadas para assegurar a transferência daquele utente para o Centro Hospitalar de São João, EPE — registo de 12-05-2023, pelas 23:59 —, bem como do cumprimento do dever de informação à acompanhante do utente, quanto ao respetivo quadro clínico e aos procedimentos atinentes a promover a sua transferência - registo de 12-05-2023, pelas 09:29*”:

**Urgência Geral Braga Outros - Queda -> Outro Hospital, 2023-05-12, [REDACTED]**

**Notas de Enfermagem**

---2023-05-13 04:12, [REDACTED]---

Doente com ferida no calcâneo externo dt. com tecido necrosado e com pequena ferida na face externa do 5º dedo do pé dt.

**Motivo/ Observação**

---2023-05-13 05:41, [REDACTED] Urgência Geral Braga---

Doente no SU há > 16h

Pedido de avaliação por tosse produtiva e PCR elevada

Doente de 72 anos, autónomo. Vive sozinha e tem apoio de 2 Irmãs.

História infra-citada

Doente refere tosse maioritariamente seca (só raramente com expectoração esbranquiçada) com algumas semanas de evolução, sem dispneia ou dor torácica. Sem queixas genito-urinárias. Sem náuseas, vômitos, dor abdominal ou alterações do TI.

Sem cefaleias.

Sem outras queixas para além da dor intensa no membro inferior direito - apresenta ferida extensa no calcâneo com sinais de necrose.

Do estudo realizado até à data:

# Análises com anemia já conhecida, leucocitose com neutrofilia e elevação da proteína C-reativa 312.3mg/L. pU/Cr 84/1.4mg/dL, ionograma N. Elevação da mioglobina e Ck total (esta última com provável contributo também de amostra hemolisada).

# Radiografia torácica com reforço peri-hilar, sem evidente consolidação.

# TC do pé direito - sem clara erosão óssea e com densificação dos tecidos moles.

Já discutido caso com Cirurgia Vascular com indicação para colher rastreio séptico e início de antibioterapia e envio para observação por Cx Vascular de manhã. Solicitada a observação da MI por tosse produtiva.

Ao exame físico:

Consciente, orientado e colaborante. Ptose palpebral esquerda, sem outras assimetrias faciais perceptíveis. Sem alterações da linguagem. Mobiliza activamente os 4 membros, com limitação do MID por dor intensa.

Palidez cutânea e mucosa. Hidratado. Anictérico.

Respiração calma, sem SDR em ar ambiente. SpO2 (aa): 97%

AC: S1 e S2 presentes e rítmicos, sopro sistólico

AP: MV presente e simétrico, globalmente diminuído, sem RA.

Abdómen: RHA+, mole e depressível, indolor à palpação.

TA 107/68mmHg. FC 77bpm.

GSA em ar ambiente sem IR, com alcalemia respiratória e lactato N.

Doente não trouxe terapêutica habitual - pelos registos na última consulta no CHSJoão:

- PDN 7.5mg qd
- Ever 0.5 bid »» everolimus?
- Pantoprazol 20mg qd
- AAS
- Jalra 50mg bid
- Carvedilol 6.25mg: 1CP bid
- Captopril 25mg: 2+2
- Lasix 40mg qd
- Lacipil 4mg qd
- Atorvastatina + ezetemibe
- Alcourinol 100ma qd

- Vigantol 5 g qd  
- Gabapentina 100mg bid

Sem queixas sugestivas de outra infeção para além do pé direito (únicas queixas adicionais de tosse mas com radiografia torácica sem consolidação, AP sem alterações e sem insuficiência respiratória). Indicação para início de ATB pela Cirurgia Vasculor - ainda não iniciado. Atendendo a tratar-se de doente transplantado renal, opta-se por iniciar ATB empírica de largo espectro - faz agora Pip/Tazo + vancomicina.

Sem mais a propôr por Medicina Interna, volta aos cuidados de Ortopedia que já fez previamente contacto com Cirurgia Vasculor.

---2023-05-12 23:59, [REDACTED] Urgência Geral Braga---

Historia e antecedentes infradescritos.

Doente transplantado renal, diabético, imunodeprimido; doente autónomo para AVDs (viveria sozinho, com necessidade de auxílio de canadianas para marcha).

Com úlcera do calcâneo desde 28/4 em cuidados de penso no Centro de Saúde.

Nos últimos dias tem tido tonturas com desequilíbrio com duas quedas e dificuldade na deambulação desde ontem, tendo sido encontrado hoje de manhã, caído e com extremidades frias.

Doente nega febre.

Refere história desde há vários semanas de dor gemelar na marcha para curtas distancias - não tem seguimento por Vasculor ou Ortopedia neste hospital - mas já tem 1ª consulta enviado do Centro de Saúde para Cir.Vasculor, agendado para 24/5/2023 neste hospital.

EO:

HD estável, apirético.

Sonolento mas facilmente despertável.

Apresenta ligeira tosse produtiva (que refere ter algumas semanas). Nega dispneia.

apresenta úlcera calcâneo direito, sem sinais inflamatorios.

Apresenta tambem úlcera infracentimétrica na no bordo lateral do pé direito, sem drenagens ou sinais inflamatorios.

Dor palpação todo o pé - pé não neuropático.

Não se palpa pulsos pedioso, tibial posterior ou popliteo, tempo de preenchimento capilar prolongado.

Extremidades frias.

Sem fleimão, sem abcesso.

TC pé direito: "Cacilificações vasculares marcadas. Sem clara erosão óssea. Sem luxação. Densificação dos tecidos moles."

Sem evidencia de osteomielite.

» Analiticamente com Hb 9.8; leucocitose 14.500/uL; neutrofilia 10.300/uL; trombocitose 475000/uL; PCR 312 mg/L

Sem evidencia de patologia do foro ortopédico

Contactada Chefe de Equipa: dada indicação de que não temos disponível neste Hospital Cir.Vasculor apartir das 20h nem aos fins de semana, pelo que é habitual ser contactada Cir.Vasculor do Hosp São João para observação de patologia Vasculor.

Contactado SU Cir.Vasculor do Hosp São João (Dr. [REDACTED]) e explicada situação clínica e história do doente. Dada indicação de não ter critérios para observação no período noturno, por não aparentar quadro de isquemia aguda de membro ou outros que motivem observação de carácter mais preemente; sugerida colheita de rastreio séptico e sugerido início de antibioterapia e envio para observação por Cir.Vasculor no Hosp. São João no período da manhã.

Peço rastreio séptico com hemoculturas

Pelos antecedentes do doente (transplantado renal, imunodeprimido) e apresentar tosse produtiva e PCR 312; peço observação da área médica. Peço gasimetria a pedido dos colegas.

Sem necessidade de cuidados do foro ortopédico.

De manhã deverá ser transferido para Hosp São João para observação por Cir.Vasculor.

---2023-05-12 20:53, [REDACTED] Urgência Geral Braga---

Agora mais desperto. Normotenso (TA 111/76mmHg) e apirético.

Refere que não dorme há 4 dias por dor no calcâneo direito. Ferida ulcerada que surgiu no dia 28/04, a fazer

cuidados de penso no seu CS.  
Independente para as AVDs, deambula habitualmente com o auxílio de 2 canadianas.

Apresenta ferida extensa no calcâneo com sinais de necrose e cheiro fétido e ferida no dorso do pé com aparente exposição da porção distal do 5º metatarso.  
Pulsos palpáveis.

Sem sintomas urinários. Tem tido tosse esporadicamente.

Discuto caso com Ortopedia. Peço TAC do pé e encaminhamento para a especialidade.  
---2023-05-12 18:01 [REDACTED] Urgência Geral Braga---  
Aguarda resultado de urina II (falo com enfermagem por colheita feita há 7h ainda sem resultado)

Estudo analítico:  
Hb 9.8; RDW 15.9; PlaQ 475000; leuc 14500; neut 10300; PCR 312.3  
Creat 1.4; Ureia 84; Iono N; Mioglobina 326; Tnl 0.019  
Sem alterações das transaminases nem das bilirrubinas.

Já avaliado por Assistente Social que também conversou com irmã presente no SU. Aquando da alta, será solicitado apoio ao domicílio. Durante este fim-de-semana terá apoio das irmãs.

---2023-05-12 09:29, [REDACTED] Urgência Geral Braga---  
HDA; Em maca. Sonolento, desperta ao toque mas adormece logo a seguir não respondendo ao que lhe é perguntado. Vem acompanhada por uma irmã, que é a fonte de informação.  
Refere que nos últimos dias o doente tem tido tonturas com desequilíbrio, ontem terá tido duas quedas não testemunhadas. Com dificuldade em deambular desde ontem. Hoje de manhã foi encontrado caído por uma das irmãs, com as extremidades frias, já estaria caído há umas horas. Desconhece se teve TCE. Prostrado e sonolento desde ontem.  
Solteiro e sem filhos. Tem duas irmãs que vivem nas proximidades mas que não lhe conseguem dar apoio.

AP:  
# HTA: ECG 2023 ↓ perda força inferiores; ecocardio 22 - HVE + alteração diastólica do fluxo  
# ICC  
# Dislipidemia  
# Transplantado renal 2002: Seguido Nefrologia HSA; Sdr nefrótico acompanhado por azotemia. Quadro clínico na altura interpretado como secundário a Glomerulonefrite crónica.  
# Patologia osteoarticular: Em L4-L5 e L1-L2 há protusões discas, com provável compressão da raiz L4 direita  
# Espondilite anquilosante - em estudo: Seguido em Reumatologia HSAntonio  
# Patologia ocular: Trauma do OD 2015 com cirurgia correção de ectrópio + correção de rasgadura às 2h >>>  
Cirurgia OE em 2018;  
# BMN: eco tiroide 22: LE 2 qusitos coloides 2 mm ( TR1) e 8 mm ( TR3)

MH:  
Prednisolona - 7.5mg +0+0  
Ever - 0.75 mg + 0 + 0.5 mg  
Pantoprazol 20mg 1+0+0  
AAS 100mg 0+1+0  
Vildagliptina [Jalra], 50 mg 1+0+1  
Carvedilol 6,25mg: 1+0+1  
Captopril 25mg: 2+0+2  
Lasix 40 mg 1+0+0  
Lacidipina [Lacipil], 4 mg 1+0+0  
Atorvastatina + Ezetimiba, 20 mg + 10 mg 0+0+1  
Alopurinol 100mg 0+0+1  
Vigantol 5 g - 5 gotas / dia  
Gabapentina 100 mg 1+0+1

Tramadol + Paracetamol, 37,5 mg + 325 mg, 1+1+1  
 Fenofibrato, 145 mg - 0+1+0  
 Bialzapam retard 0+0+1

E.O.:

ECG 8 (O2; V1; M5)

T 36,4°C.

Pele e mucosas ictericas. Apresenta ferida ulcerada no calcâneo direito com sinais de necrose, sem sinais inflamatórios perilesionais.

TA 88/50mmHg, FC 79bpm.

AC hipofonese, sem sopros audíveis

AP MV presente e simétrico, sem RA audíveis

Abdómen aparentemente indolor à palpação.

Sem edemas periféricos.

PI

Estudo analítico com coagulação e MNM, ECG, Rx tórax, Rx calcâneo direito, TAC CE.

Avaliação por assistente social.

Rx coluna lombar: Acunhamento de L1

TC coluna dorsolombar: Sem imagens sugestivas de fraturas ou de outras lesões traumáticas recentes. Confirma-se redução da altura do corpo vertebral de L1, no contexto de fratura antiga.

Em L1-L2 há importante proclividade discal circunferencial, com osteofitose marginal acompanhante, deformando ligeiramente o saco tecal.

TAC CE: Exame sem alterações de relevo.

ECG em RS, sem alterações isquémicas agudas.

#### Notas Técnicas

---2023-05-12 17:01, [REDACTED], Urgência Geral Braga---

Serviço Social

Situação referenciada para avaliação sociofamiliar.

Realizada avaliação com esposa de utente e irmã- Sra [REDACTED]

Utente 72A, pensionista, solteiro, tem dois filhos a residirem no estrangeiro (sem relação há mais de 20 anos), reside sozinho em habitação de família.

Previamente dependente moderado (a deambular com apoio de canadianas), recorre ao SU por queda no domicílio.

À data, utente encontra-se mais dependente para as AVD's. Irmãs do utente manifestam vontade em colaborar com o apoio nos cuidados do utente no domicílio.

Informada das respostas de apoio social existentes na comunidade e/ou complementar ao apoio ao pré-existente, Sra [REDACTED] combina agilizar a inscrição do SAD do CSP Lage (higiene pessoal e gestão terapêutica de 2ª-Sábado).

Realizado ponto de situação com equipa médica.

Situação social orientada.

### III. DO DIREITO

#### Ponto Prévio

#### Da publicação e entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro de 2023

12. No dia 7 de novembro de 2023, foi publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 102/2023, que procede à criação de unidades locais de saúde (ULS), com natureza de entidades públicas empresariais, diploma legal que produziu efeitos em 1 de janeiro de 2024 (artigo 20.º).
13. Com efeito, o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procede, pois, à reestruturação de um conjunto de entidades públicas empresariais, integradas no

SNS (e identificadas nas múltiplas alíneas do n.º 1 do artigo 1.º), as quais passam a adotar o modelo de organização e funcionamento em ULS.

14. Foi o que sucedeu com o HB, que, com integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Cávado I - Braga e do Cávado II - Gerês/Cabreira, passou a denominar-se Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E. (ULSB) – *cfr.* Alínea c) do n.º 1 do artigo 1.º.
15. Assim, a ULSB constitui uma unidade de saúde do SNS, integrada no setor empresarial do Estado, sendo-lhe aplicável o disposto no Estatuto do SNS, no respetivo regulamento interno e na demais legislação aplicável ao setor público empresarial. (artigo 2.º, n.ºs 1 e 2 do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro).
16. Finalmente, o artigo 8.º do referido diploma legal estabelece que as ULS identificadas no seu artigo 1.º, entre elas a ULSB, sucedem na universalidade de bens, direitos e obrigações, bem como nas respetivas posições contratuais tanto (i) das entidades incorporadas/extintas, como (ii) das ARS, relativamente aos estabelecimentos transferidos, independentemente de quaisquer formalidades legais.
17. Neste sentido, considerando o disposto no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, a instrução *infra* será dirigida não ao HB, mas sim à ULSB.

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

18. 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*”.
19. 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).*

20. Resulta, pois, inequívoco que o HB (ULSB) é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
21. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei” (alínea b)), o de “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea c)) e, bem assim, o de “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade” (alínea d)).
22. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
23. 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”.
24. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos

*Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).*

25. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)” (alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (alínea d)).
26. 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)).
27. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
28. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º.
29. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa referir que, nos termos do disposto na alínea b), do n.º 1, do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 750 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1000 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: [o] desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem

qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º.

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

30. 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).
31. 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)).
32. 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<sup>1</sup>, onde se esclarece que *“[o] direito à protecção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”* (n.º 1), pelo que *“[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”* (n.º2).
33. Por ser assim, *“[o] Estado promove e garante o direito à protecção 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).

---

<sup>1</sup> A Lei 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor em 4 de novembro de 2019, e revogou a anterior Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei, 48/90, de 24 de agosto.

34. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º1).
35. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caraterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h)); “[t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i)) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.
36. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado pelos prestadores de cuidados de saúde:
- (i) Do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
  - (ii) Próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;

- (iii) Próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
  - (iv) Do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
37. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

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

38. Estabelece a alínea b) da Base 2 da LBS que *“todas as pessoas têm direito [a] aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”*.
39. Com efeito, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.
40. 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.
41. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de

qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.

42. 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*”.
43. 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).
44. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantíssimos critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser “*prestados humanamente e com respeito pelo utente*”, o que evidencia, uma vez mais, a interligação fortíssima entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.
45. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, temporal e qualitativa.
46. Ora, a vertente económica implica que o acesso aos cuidados de saúde não fique dependente das condições económico-financeiras dos utentes, estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados.
47. De uma outra perspetiva, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do País (vertente geográfica).
48. Já a vertente temporal do direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.
49. Finalmente, numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.

#### **III.4. Da transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde**

50. Da experiência regulatória e de supervisão da ERS resulta que parte significativa dos constrangimentos ao direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde está relacionada com o processo de transferência inter-hospitalar de utentes, como sucede, aliás, no caso em apreço.
51. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou o Regulamento n.º 964/2020 (doravante Regulamento) - publicado em Diário da República no dia 3 de novembro de 2020 (2.ª Série, n.º 214, páginas 115 a 121) -, que *“estabelece as regras aplicáveis ao processo de transferência de utentes e define os mecanismos organizacionais que possibilitam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”* (artigo 1.º).
52. 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”*.
53. 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.
54. Uma vez que o referido Regulamento já se encontrava em vigor à data dos factos em apreciação *in casu*, justifica-se a sua abordagem autónoma no presente projeto de deliberação, tendo em conta a atuação regulatória e de supervisão que, *a final*, se propõe adotar.
55. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.

56. Em primeiro lugar, importa sublinhar que *“as regras e princípios constantes do [...] regulamento são aplicáveis a todas as transferências físicas de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, sempre que as mesmas determinem uma transmissão de responsabilidade, temporária ou definitiva, sobre os cuidados de saúde a prestar, nomeadamente: a) [a]s transferências no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes; b) [a]s transferências no decurso de situações de agudização do estado de saúde de utentes internados; c) [a]s transferências programadas para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade.”* (artigo 2.º, n.º 1 do Regulamento).
57. Em segundo lugar, impõe-se esclarecer que *“[a] decisão de transferência de utentes é um ato médico, devendo ser fundamentada e tomada sempre que se verifiquem pelo menos duas das seguintes situações: a) [a] condição clínica do utente o justifique; b) [d]ecorra de pedido expresso do utente; c) [d]a mesma resulte um benefício para o utente”* (n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento).
58. 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”*.
59. 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”*.
60. 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”*.

61. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem<sup>2</sup> (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino<sup>3</sup> (artigo 5.º).
62. Assim, compete, desde logo, ao estabelecimento de origem “[e]stabelecer um contacto prévio [preferencialmente telefónico] com o responsável do estabelecimento de destino, descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente” – Cfr. Artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1 do Regulamento.
63. 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.
64. 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.
65. 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.
66. 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

---

<sup>2</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>3</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.

*prestador de cuidados de saúde, com a respetiva carta de acompanhamento<sup>4</sup> da transferência, a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de fatores de risco acrescido e, quando aplicável, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, que permita ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde; e) [a] coordenação e a responsabilidade operacional pela transferência do utente, incluindo a garantia de transporte que permita a sua concretização; f) [a] 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, 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.

67. Por ser assim, o estabelecimento de origem, além do planeamento do transporte de acordo com o estado clínico do utente, deve, 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.
68. 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.
69. Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: “a) *[r]eceptar o utente de acordo com o que tiver ficado estabelecido no contacto prévio com o responsável do estabelecimento de origem, efetuado nos termos do disposto no artigo 8.º; b)*

---

<sup>4</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.

[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.

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

#### IV. DA ANÁLISE

71. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS no âmbito dos presentes autos de inquérito, foi possível apurar que, no caso *sub judice*, não foi devidamente acautelado o direito ao acompanhamento do utente AM no âmbito da transferência hospitalar levada a cabo pelo HB (ULSB).
72. Com efeito, nos termos do disposto na alínea a) do artigo 4.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, impende sobre o hospital de origem no âmbito de uma transferência hospitalar, *in casu*, o HB (ULSB), o dever de “[i]nformar os acompanhantes devidamente registados sobre as razões da transferência para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, devendo tal informação ficar registada no processo clínico do utente, nos termos do disposto no artigo 12.º, isto é:
- “O utente, o seu representante legal ou procurador de saúde e os acompanhantes devidamente registados têm (...) o direito a ser informados pelo estabelecimento de origem sobre as razões para a transferência do utente, bem como a ser esclarecidos em que termos a continuidade da prestação de cuidados de saúde fica garantida pelo estabelecimento de destino” – cfr. n.º 1 do artigo 12.º;
  - “A operacionalização da transferência é obrigatoriamente comunicada ao utente, ao seu representante legal ou procurador de saúde e aos acompanhantes devidamente registados, por contacto pessoal ou telefónico, sempre que possível antecipadamente à sua realização, com a

*devida justificação quanto à necessidade de transferência e identificação do estabelecimento de destino” – cfr. n.º 2 do artigo 12.º;*

- *“As comunicações referidas nos números precedentes devem ficar devidamente registadas no processo clínico do utente” – cfr. n.º 3 do artigo 12.º.*

73. No entanto, *in casu*, embora o prestador alegue que o utente e a sua acompanhante *“terão sido informados sobre toda a situação, nomeadamente da instituição e momento em que iria ocorrer a transferência, em cumprimento do previsto no n.º 12, Capítulo 3, do MANUAL.034.01, ora junto, sendo que tal informação terá sido prestada a uma das pessoas de quem se fez acompanhar, nomeadamente a sua esposa ou a sua irmã, Sra. [LJ]”;*
74. Tal afirmação não encontra qualquer nos elementos disponíveis nos presentes autos;
75. Não só porque a mesma foi frontalmente contestada pela reclamação *sub judice*, como pelo facto do próprio prestador ter, *ab initio* e em resposta à reclamante, admitido e lamentado *“o lapso comunicacional descrito e a perceção da falta de humanidade na relação interpessoal”*, como, ainda, pela inexistência de qualquer suporte documental do alegado.
76. Com efeito, apesar do HB (ULSB) referir, em resposta ao pedido de elementos da ERS, que da informação clínica do utente AM constam *“os registos de algumas das diligências realizadas para assegurar a transferência daquele utente para o Centro Hospitalar de São João, EPE — registo de 12-05-2023, pelas 23:59 —, bem como do cumprimento do dever de informação à acompanhante do utente, quanto ao respetivo quadro clínico e aos procedimentos atinentes a promover a sua transferência – registo de 12-05-2023, pelas 09:29”;*
77. Compulsado o referido documento, constata-se a existência de diversos registos acerca do contacto estabelecido com o estabelecimento de destino – Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E. (atualmente Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.) –, mas nenhum registo de informação ao familiar designado para efeitos de direito ao acompanhamento do utente AM sobre a aludida transferência.
78. Aliás, de acordo com os esclarecimentos prestados pelo próprio HB (ULSB) à ERS, a necessidade de transferência do utente AM foi determinada pela

especialidade de Ortopedia – Dr. [CC] –, que observou o utente às 23h59m de dia 12 de maio de 2023 (e *inclusive* estabeleceu o contacto prévio com o responsável do estabelecimento de destino), o que sempre tornaria inviável que a informação à família tivesse sido prestada em momento anterior como alega o HB (ULSB) – i.e. no “*registo de 12-05-2023, pelas 09:29*”.

79. E pese embora se tenha apurado que o prestador possui procedimentos aptos, em abstrato, a assegurar o direito dos acompanhantes a serem devidamente informados, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, incluindo nas situações de transferência para outras unidades ou serviços hospitalares (*cf.* Manual de Transferência Clínica de Utentes – MANUAL.034.01 – e Política de Transferência Clínica de Utentes – POL.054.03), no caso *sub judice* o HB (ULSB) não garantiu o efetivo exercício desse direito, incumprindo o disposto na alínea a) do artigo 4.º e no artigo 12.º do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, o que será, obviamente, considerado na instrução a emitir.
80. Em face do exposto, justifica-se, pois, a atuação regulatória adiante descrita, importando sublinhar que, por força do incumprimento, pelo HB (ULSB), do disposto na alínea a) do artigo 4.º e no artigo 12.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, deverá, *a final*, ser determinada a abertura do competente processo contraordenacional (*cf.* artigo 13.º do mencionado Regulamento).

## V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

81. 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* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o HB (ULSB) e a reclamante AG, ambos por ofícios datados de 1 de fevereiro de 2023.
82. Decorrido o prazo legal concedido para o efeito, os interessados não se pronunciaram sobre o teor do projeto de deliberação da ERS, pelo que este deve ser integralmente mantido.

## VI. DECISÃO

83. 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, a emissão de uma instrução à Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, em especial no que se refere ao direito dos acompanhantes a serem devidamente informados, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, incluindo nas situações de transferência para outras unidades ou serviços hospitalares, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com o disposto na alínea h) do n.º 1 da Base 2 da LBS, nos artigos 12.º a 15.º e 19.º a 23.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro;
- (ii) Garantir, em permanência, o cumprimento dos procedimentos previstos no Manual de Transferência Clínica de Utentes (MANUAL.034.01) e na Política de Transferência Clínica de Utentes (POL.054.03);
- (iii) Assegurar, em permanência, que os procedimentos descritos nas alíneas (i) e (ii) são do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, adotados e seguidos, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
- (iv) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

84. 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.*

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

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

Porto, 7 de março de 2024.



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, 2024

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).