

## **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/073/2019;

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

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

1. No dia 18 de outubro de 2018, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da reclamação subscrita por (CS), visando a atuação do Hospital da Luz de Aveiro (HLA) – anteriormente denominado como “*CLIRIA – Hospital Privado de Aveiro, S.A.*” -, entidade prestadora de cuidados de saúde registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) sob o n.º 14278.
2. Na supramencionada reclamação, à qual foi atribuído o n.º REC/80544/2018, a exponente alegou, em síntese, que no dia 11 de fevereiro de 2018, após a realização de cesariana com anestesia raquidiana, desenvolveu um quadro clínico com suspeita de acidente isquémico,

razão pela qual foi transferida para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC).

3. No CHUC foi diagnosticada com Meningite por *Streptococcus Salivarius*, tendo aí permanecido internada entre 12 a 23 de fevereiro de 2018.
4. Por outro lado, a utente CS alega ainda que, durante o seu internamento no CHUC, o seu filho recém-nascido, (DM), foi transferido do HLA para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (CHBV), por decisão unilateral do HLA, sem o consentimento da exponente e/ou do seu marido e, mais do que isso, sem qualquer informação clínica que o acompanhasse.
5. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos descritos pela exponente e, ademais, em cumprimento das suas atribuições e competências, o Conselho de Administração da ERS deliberou, em 13 de junho de 2019, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/073/2019, 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 do acompanhante ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diversas fases de atendimento*” – Cfr. Proposta de abertura de processo de inquérito.

## **I.2. Diligências**

6. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do HLA, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no SRER da ERS sob o número 14278;
  - (ii) Notificação da abertura de processo de inquérito à exponente CS, concretizada por via do ofício, datado de 18 de junho de 2019;
  - (iii) Notificação da abertura de processo de inquérito ao reclamado HLA (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizado através do ofício, datado de 18 de junho de 2019, e análise da resposta enviada pela referida entidade e rececionada em 07 de julho de 2019;

(iv) Solicitação de parecer clínico a perito clínico consultado pela ERS e análise do mesmo após a sua receção em 18 de junho de 2020.

## II. DOS FACTOS

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

“(…) No dia **10 de fevereiro de 2018**, porque tinha cesariana com a Dra. [MN], desloquei-me ao **Hospital da Luz de Aveiro** após indicações da mesma. **No dia seguinte, na sequência de uma cesariana com raquianestesia**, aquando da visita da médica acima identificada, referi-lhe que estava com **dores abdominais**, com **cefaleias moderadas**, bem como **náuseas**.

Cerca de 1h30 depois, mesmo com a medicação que me foi administrada, não mostrava qualquer melhoria, sendo que na verdade apresentava um quadro de **sonolência** e de **confusão mental**. Ainda assim, apenas às 18h00 é que recebi a visita da médica e nessa altura foi solicitada a colaboração do médico neurologista (...). A médica neurologista, tendo em conta o estado em que me encontrava, submeteu-me a uma TAC crâneo-encefálica e observou que eu apresentava um quadro de **afasia com compreensão e nomeação perturbadas**, e **ligeiro barre à direita**, com **suspeita de quadro isquémico**.

Em face do quadro supra referido, **na madrugada do dia 12 de fevereiro de 2018** (...) **fui transferida para o [CHUC]**, tendo sido devidamente diagnosticada a doença **Meningite por Streptococcus Salivarius**, ou seja, uma **meningite de origem bacteriana**.

Permaneci internada nos CHUC desde o dia **12/02/2018 até ao dia 23/02/2018** (...) e estive de baixa desde o dia 11/02/2018 até ao dia 17/04/2018 (...).

A tudo isto acresce ainda o facto de **no dia em que fui transferida para os CHUC (12/02/2018) o Hospital da Luz de Aveiro decidiu transferir o meu filho para o Hospital do Baixo Vouga**, para um Hospital diferente daquele para o qual eu fui transferida e onde permaneci durante 11 dias.

A decisão de transferir o meu filho para o Hospital de Baixo Vouga foi tomada **unilateralmente** pelo Hospital da Luz de Aveiro pois **não consultaram, nem pediram**

**autorização, a nenhum dos progenitores para o fazer.** Para agravar a situação, o meu filho foi transferido **sem qualquer informação clínica.** Isto apesar do Hospital da Luz de Aveiro ter dito o contrário, a verdade é que o meu filho – [DM] – chegou ao Hospital de Baixo Vouga, deu entrada **sem processo clínico,** tendo os profissionais de saúde questionado a minha irmã (BS) acerca do mesmo (**a minha irmã deslocou-se ao Hospital após ter ido visitar o meu filho ao Hospital da Luz de Aveiro e ter conhecimento da dita transferência e foi ela que deu notícia da transferência ao pai da criança – [BM]**). (...)”

– Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Reclamação, documento que se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

8. Na sequência da apresentação da mencionada reclamação e, bem assim, da carta enviada pela Advogada de CS ao HLA, o prestador endereçou uma missiva à mandatária da exponente (datada de 10 de agosto de 2018), importando sinalizar, pela sua relevância para os presentes autos de inquérito, os seguintes factos aí invocados:

“(...) 1. A S/ Constituinte, Exa. Sra. D. [CS], deu entrada no Hospital, no dia 10 de fevereiro de 2018, pelas 11:52, uma vez que tinha cesariana marcada para esse dia com a Dra. [MN]. A cesariana decorreu sem qualquer intercorrência. De ressaltar que, toda a gravidez decorreu dentro da normalidade, sem intercorrências.

2. No dia seguinte, dia **11 de fevereiro de 2018, pelas 11 horas,** aquando da visita médica, a Dra. [MN] verificou que a Sra. D. [CS] se apresentava bem-disposta, embora referindo algumas **queixas algicas a nível abdominal, cefaleias de moderada intensidade e náuseas** – quadro clínico que é adequado ao primeiro dia pós-parto. No entanto, uma vez que a puérpera se encontrava nauseada, a médica pediu que lhe fosse administrada uma ampola endovenosa de Metoclopramida. Este fármaco é o recomendado e utilizado com frequência em situações que revelam sintomatologias idênticas.

3. Passadas cerca de 1h30, por volta das 14h15, o serviço de internamento contactou a médica, referindo que a puérpera, Exma. Sra. D. [CS], apresentava um quadro de **sonolência e confusão mental.**

4. A puérpera não apresentava nenhum destes sintomas aquando da visita da médica. Todos os sintomas apresentados inicialmente são comuns à maioria das puérperas no primeiro dia pós-parto e são rapidamente revertidos mediante a administração de medicação.

5. Após o telefonema do serviço de internamento, a médica, Dra. [MN], dirigiu-se de imediato ao quarto da puérpera para avaliação clínica. Os sintomas referidos telefonicamente foram confirmados, verificando-se também alguma agitação.

6. Por se tratar de uma puérpera saudável, que apresentava valores tensionais normais e ausência de febre e porque lhe tinha sido administrada Metoclopramida há muito pouco tempo, a médica atribuiu os sintomas apresentados a um efeito iatrogénico da medicação, pelo que aguardou que o fármaco fosse metabolizado e eliminado do organismo. É comum este fármaco causar esta sintomatologia em particular e após a sua eliminação, toda a sintomatologia reverte.

7. A médica transmitiu no entanto ao serviço de internamento a indicação de que a puérpera deveria ser vigiada e qualquer alteração ao quadro clínico deveria ser comunicado de imediato.

8. Pelas 18h a médica realizou uma nova reavaliação clínica. Nesse momento, e por não se encontrar melhorias do quadro clínico, o que aconteceria caso se tratasse de efeito latrogénico da Metoclopramida, a médica solicitou a colaboração do médico que dá apoio ao serviço de urgência, com o objetivo de efetuar uma **avaliação neurológica mais completa**.

9. Nessa altura, pela observação clínica efetuada e pela sintomatologia verificada, foi colocada a hipótese de uma **lesão vascular cerebral** ou de outro tipo, localizada a nível cerebral.

10. Perante estas suspeitas, os médicos, de imediato, solicitaram a colaboração do médico neurologista e prescreveram a realização de uma **TAC crâneo-encefálica**, que viria a ser realizada às 19:22.

11. O exame não revelou alterações, no entanto, a observação realizada pelo médico neurologista, pelas 20:00, revelou quadro de **afasia com compreensão e nomeação, perturbadas, e ligeiro barre à direita**, considerando este médico que, perante a suspeita de **quadro isquémico**, a melhor atuação clínica, visando o superior interesse da puérpera, seria contactar o **[CHUC]** e tratar da transferência, dentro das melhores condições de segurança, transmitindo simultaneamente toda a informação clínica à equipa médica do CHUC, garantindo desta forma que, após a chegada àquele Centro Hospitalar, a puérpera teria de imediato toda a assistência necessária.

12. Foi efetivamente o que aconteceu e, pela evolução clínica que se confirmou à posterior, verificou-se que os médicos do Hospital agiram de acordo com as boas práticas, visando sempre agir em função do melhor interesse do paciente.

13. Posteriormente e mediante a suspeita de meningite infecciosa pelo CHUC, revelada pelo agravamento do quadro neurológico da puérpera, situação que pode ocorrer mesmo quando tomadas todas as medidas de prevenção e controlo de infecção (**incidência de meningite pós punção varia entre 0,2 a 1,3 por 10.000 procedimentos realizados**), a médica pediatra do Hospital, Dra. [NO], considerou que era urgente fazer o **despiste de sépsis neonatal do recém-nascido**, estando considerado grave e que determina uma **avaliação urgente**. Este procedimento está de acordo com os critérios médicos de Neonatologia, com o que ditam as boas práticas e em conformidade com as legis artis.

14. A **urgência** da situação, uma vez que poderíamos estar na presença de um quadro de sépsis neonatal, demandava uma reacção **emergente** por parte dos profissionais de saúde, que tinham ao seu cuidado o recém-nascido.

15. A Dra. [NO], tentou falar com algum dos progenitores, com vista à obtenção do consentimento, no entanto, devido à ausência dos progenitores e à **urgência** do despiste de sépsis neonatal, a **médica presumiu o consentimento dos pais para a transferência do recém-nascido** para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

16. Este Centro Hospitalar, é o **Hospital da área** e é a unidade de referência para transferência nestas situações em concreto. O recém-nascido foi transferido nas melhores condições de segurança e cuidado, que um quadro clínico como este merece, assim como os profissionais daquele Centro Hospitalar foram informados de todo o histórico e do motivo da transferência.

(...)

18. O próprio código deontológico da Ordem dos Médicos prevê que o médico deve presumir o consentimento dos doentes quando: a) em situações de urgência, quando não for possível obter o consentimento do doente e desde que não haja qualquer indicação segura de que o doente recusaria a intervenção se tivesse a possibilidade de manifestar vontade e b) quando só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para a saúde.

19. No caso concreto e perante a ausência dos progenitores, a impossibilidade de obter o seu consentimento e face à emergência da situação, consideramos que os profissionais de saúde do Hospital teriam obrigatoriamente que presumir o consentimento e diligenciar a transferência do recém-nascido em condições de segurança com a maior brevidade possível.

20. Após o despiste do quadro de sépsis neonatal, os progenitores poderiam optar pela transferência do recém-nascido. (...)” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Exposição do HLA endereçado à exponente, documento junto por esta com a sua reclamação sob o n.º 4 e que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

9. Posteriormente, na sequência de nova missiva enviada pela Advogada de CS, o prestador HLA endereçou-lhe nova carta (datada de 27 de setembro de 2018), esclarecendo relativamente à transferência do recém-nascido o seguinte:

“(…) [O] **consentimento informado não se obtém ao telefone, sendo um ato presencial.** Não tendo noção do tempo que poderia levar até ao pai chegar à unidade, e uma vez que em contacto telefónico com o [CHUC], fomos informados da suspeita de meningite, foi decidido pelo médico pediatra a transferência para o Centro Hospitalar Baixo Vouga, transferência essa que foi realizada após contacto telefónico e com **carta de transferência**, como é procedimento habitual. Desconhecemos a origem da informação de que a criança foi transferida sem qualquer informação clínica.” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Exposição do HLA endereçado à exponente, documento junto por esta com a sua reclamação sob o n.º 5 e que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

10. No âmbito do processo de reclamação que correu termos na ERS sob o n.º REC/80544/2018, e em resposta a ofício datado de 8 de maio de 2019, o prestador HLA, no que especificamente diz respeito ao quadro clínico de Meningite por Streptococcus Salivarius diagnosticado no CHUC, afiançou o seguinte:

“(…) [A]s complicações no ato de anestesia, podem ocorrer **0,2 a 1,3 por 10.000 procedimentos realizados**, mesmo sob todos os cuidados de prevenção da infecção indicados para este procedimento, os quais foram adotados aquando da prestação de assistência [à exponente], tal como é realizado em todos os doentes. Embora se trate de uma complicação rara, **o risco não é de 0%**. A cliente foi devidamente informada dessa situação, estava consciente deste risco e deu o respectivo consentimento (...)” – Negrito e

sublinhado nosso – Cfr. Comunicação do prestador datado de 5 de novembro de 2018, documento que se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

11. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, foi remetido ao prestador HLA, em 18 de junho de 2019, 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. Descrição de todas as etapas percorridas pelo utente [DM], 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. Remetam cópia do procedimento, atualmente, em vigor relativo ao direito de acompanhamento nos serviços de saúde;*

*4. Informem do procedimento, atualmente, em vigor relativo à operacionalização de transferências inter-hospitalares, no que especialmente concerne à prestação de informação com os familiares designados para efeito de direito ao acompanhamento;*

*5. Indiquem os procedimentos desencadeados para transferência do utente [DM] para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., acompanhados do respetivo suporte documental, com indicação da:*

*i. Data e hora da realização do contacto;*

*ii. Identificação do profissional responsável pela realização do contacto por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*

*iii. Concretização dos cuidados específicos que se visavam acautelar com a transferência do utente;*

*iv. Documentos que instruíram o processo de transferência do utente.*

*6. Indiquem as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental;*

*7. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. Notificação ao Reclamado HLA da abertura de processo de inquérito.*



12. Na resposta à aludida notificação, o prestador HLA, no que diz respeito ao ponto n.º 1 do pedido de informações/elementos, pronunciou-se nos seguintes termos:

*“(...) [N]o dia 12 de Fevereiro de 2018, a Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> [NO], especialista em Pediatria e responsável pelo acompanhamento do recém-nascido [D] na unidade Hospital da Luz Aveiro, apresentou-se na unidade para realizar a habitual visita médica diária pelas 08:00, tendo tomado conhecimento, nesse momento, da transferência da puérpera, Exma. Sra. D.<sup>a</sup> [CS], para o C.H.U.C. e, não havendo, até essa hora, qualquer informação clínica do estado da mãe do recém-nascido D., por parte do Hospital de destino, esta tomou a iniciativa de contactar o serviço de urgência desse mesmo Hospital. Decorrente desta comunicação, via telefone, foi colocada em contacto com o colega Dr. [MS], do serviço de neurologia, que a terá informado da suspeita de meningite bacteriana.*

*Dada a suspeita de meningite, no imediato contactou o serviço de urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (Hospital do S.N.S da nossa área de referência), discutindo a situação clínica com a Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>[SF], médica do Serviço de Pediatria deste Centro Hospitalar que aceitou, de imediato, a transferência do recém-nascido (...) para rastreio séptico.*

*Nesta sequência, a Dr.<sup>a</sup> [MO] tentou contactar telefonicamente, **sem sucesso**, o pai Sr[BM], que se encontrava ausente da unidade.*

*Na impossibilidade de contacto, e face à **urgência** do despiste de sépsis neonatal, a médica (...) solicitou a transferência do recém-nascido para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga.*

***(...) O recém-nascido foi acompanhado por Enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, com a devida carta de transferência.***

*No decorrer do dia 12 de Fevereiro de 2018, foi solicitado, por parte do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, na pessoa da Dra [SF], médica pediatra, à Direção Clínica desta unidade, informação clínica complementar referente às consultas de controlo pré-natais da puérpera Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> [CS]. Em momento algum foi solicitada informação complementar sobre o recém-nascido, para além daquela que acompanhou a transferência.*

*(...) Relativamente à questão do direito ao acompanhamento em serviços de saúde, o Hospital da Luz Aveiro respeita o que se encontra legislado sobre o tema, sendo prática garantir que todas as crianças, com idade até aos 18 anos, internadas, sejam acompanhadas de forma permanente pelo pai e/ou mãe, ou de pessoa que os substitua.*

*Importa referir que, neste caso, procurou-se não só informar o pai do recém-nascido do risco clínico que este incorria, face à suspeita clínica que prevalecia sobre a sua mãe, como também foi abordada a irmã da puérpera, que se encontrava no serviço de internamento da unidade, que foi informada da transferência.*

*(...) A transmissão transplacentar de bactérias é uma via de infecção neonatal e por isso, a presença de bacteriemia na mãe (confirmada laboratorialmente por exame cultural de sangue ou suspeita clínica) aumenta a probabilidade de sépsis neonatal precoce pelo agente em causa. Existe a probabilidade de sépsis precoce no RN de mãe com infecção sistémica (confirmada laboratorialmente) e 9,3 vezes superior a do RN de mãe sem infecção. Se não existir confirmação laboratorial mas apenas clínica de infecção sistémica na mãe, a probabilidade de sépsis neonatal precoce é ainda 6,2 vezes superior a do RN de mãe sem sinais de infecção.*

*Em suma, o objectivo foi diagnosticar atempadamente um possível cenário de infecção, perante a presença de elevado risco clínico, que poderia traduzir-se em risco de vida para o recém-nascido.” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Notificação ao Reclamado HLA da abertura de processo de inquérito.*

13. Relativamente ao ponto n.º 2 daquele pedido de informações/elementos, o reclamado HLA enviou, em anexo, o *“Manual de acolhimento do serviço de internamento”*, no qual *“estão contempladas e descritas as regras referentes ao acompanhamento de doentes, em especial, do acompanhamento permanente pediátrico”* – Cfr. Resposta do HLA à notificação de abertura de inquérito.
14. Efectivamente, conforme se pode ler na página 7 do mencionado *“Manual”*, *“[o] doente pode ter acompanhante 24 Horas/dia”*, mais se referindo que, no que respeita a crianças dos 0 aos 18 anos, *“[o] acompanhamento (...) é da responsabilidade dos cuidadores, ou seja, responsáveis legais pela criança e deve estar sempre presente, durante toda a estadia da criança”* – Cfr. *“Manual de acolhimento do serviço de internamento”*, documento que se dá aqui integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.
15. No que concerne ao ponto n.º 3 daquele pedido de informações/elementos, o prestador, além de sinalizar que *“(...) a decisão e a responsabilidade da transferência é do clínico responsável”*, que deve comunicá-la *“(...) à equipa de enfermagem através do enfermeiro coordenador ou ao seu substituto (...)”*, enviou também, em anexo à sua resposta, os *“Procedimentos Internos de transferência”*, designadamente a *“Política “Alta e*

*Transferência*”, a *“Orientação “Transferência de Doentes”*” e o *“Procedimento de “Elaboração Carta de Transferência”*” – Cfr. Resposta do HLA à notificação de abertura de inquérito.

16. De acordo com a informação constante dos aludidos documentos, todos eles foram aprovados no dia 2 de maio de 2018, isto é, já depois da ocorrência dos factos descritos na reclamação em apreço.
17. De qualquer forma, com relevância para os presentes autos de inquérito, cumpre destacar a seguinte informação disponível naqueles documentos:

***“Política: Alta e Transferência***

***(...) Descrição***

*1. Preenchimento da NAN e da CAE pelo clínico responsável pelo doente e pelo enfermeiro encarregue dos cuidados, de acordo com critérios de inclusão nas mesmas, conforme procedimentos expressos nos documentos: Procedimento de Elaboração de Nota de Alta Médica (NAM) e Procedimento de Elaboração de Carta de Enfermagem (CAE);*

*1.1. O(s) profissional(nais) responsável(veis) pelo doente **deverão informar o doente do conteúdo das NAM e CAE, bem como o familiar de referência do doente** e/ou o cuidador informal, caso exista;*

*1.2. O preenchimento da Carta de Transferências (CT) exclui a elaboração das anteriores, de acordo com o documento: Procedimento de elaboração de Carta de Transferências;*

*1.3. A CAE – CE aplica-se apenas no âmbito do cuidado ambulatorio, em serviço de Consulta Externa, pelo que exclui os documentos anteriores (CAE, NAM, CT).*

*2. Colocação de cópia (NAM, CAE ou CT) no PCD [Processo Clínico do Doente] pela funcionária administrativa responsável pela alta administrativa;*

*3. **Entrega de cópia (NAM e CAE) ao doente ou familiar/pessoa responsável pelo mesmo e cópia para o profissional de saúde para o qual é transferido o cuidado** ou é responsável pela continuidade do mesmo pela funcionária administrativa responsável pela alta administrativa;*

*(...)*

## **Orientação Técnica: transferência de doentes**

(...) O planeamento da transferência deve ter em conta:

- **O risco/benefício;**
- **Avaliação do estado clínico do doente;**
- **Vantagem expectável;**
- *Início e manutenção do suporte necessário, garantindo a ressuscitação e estabilização;*
- *Confirmação da operacionalidade do equipamento de transporte;*
- *Equipa necessária para o transporte;*
- *Condições de transporte – distância, duração, percurso, meio de transporte;*
- *Custo relativo das alternativas*

### **Fases da transferência – transporte**

1. *Decisão*
2. *Planeamento*
3. *Efetivação*

#### **Decisão**

- *A decisão e a responsabilidade da transferência é do clínico responsável.*

*Após a decisão de transferência o clínico responsável deve comunicar à equipa de enfermagem do serviço de origem do doente, através de enfermeiro coordenador ou seu substituto e iniciar conjuntamente o planeamento da mesma;*

#### **Planeamento**

- *Contato prévio e personalizado com o serviço/hospital de destino*
- *Localização exacta do destino*
- *Escolha do nível de cuidados necessários e do meio de transporte adequado*

- *Identificação do médico responsável pelo transporte e do médico responsável pela receção do doente no serviço de destino*
- *Verificação/preparação do equipamento médico para a transferência (incluindo preparação antecipada de fármacos e seringas perfusoras)*
- *Identificação da duração total do transporte e cálculo de materiais necessários – oxigénio necessário, fármacos, baterias*
- *Elaboração da Carta de Transferência e processo para transporte – exames complementares e registos*
- **Informar o doente e/ou a família e fornecer os dados da transferência**
- *Plano alternativo antecipado*

#### **Efetivação**

- *A cargo da equipa de transporte;*
- *A responsabilidade técnica e legal termina no momento da entrega do doente ao profissional responsável pela receção no hospital de destino ou no retorno ao serviço de origem, aquando o transporte/transferência temporária;*
- **O nível de cuidados a prestar deve ser no mínimo igual ao do serviço de origem**

(...)

#### **Procedimento: Elaboração de Carta de Transferências (CT)**

##### **(...) Operacionalização**

*O transporte do doente a ser transferido é da responsabilidade da instituição de origem, a qual deve garantir as necessárias condições e os recursos para o mesmo.*

##### **Elementos constituintes, de preenchimento obrigatório:**

- ✓ *Dados identificativos do doente;*
- ✓ *Serviço de origem e hospital/serviço de destino;*
- ✓ **Resumo da situação clínica;**
- ✓ *Score de risco para transporte;*

- ✓ *Dispositivos colocados;*
- ✓ *Exames complementares de diagnóstico que acompanham a CT;*
- ✓ *Dados profissionais do médico assistente;*
- ✓ *Nomes dos profissionais: médico e/ou enfermeiro que acompanha o doente no transporte e médico que recebe o doente no hospital de destino;*
- ✓ *Monotorização durante o transporte;*

### **Elementos complementares**

- ✓ *Transporte seleccionado;*
- ✓ *Observações ou ocorrências do transporte.*

### **Momento do preenchimento**

*A CT pode ser iniciada o mais precocemente possível, logo que o processo de transferência é decidido e comunicado à equipa do serviço onde se encontra o doente. O clínico responsável pelo doente deve preencher a CT com todas as informações disponíveis e entregar a mesma ao(s) profissional(ais) que irão realizar o transporte. O profissional que realiza o transporte realiza as informações pertinentes, durante o mesmo e finaliza a CT.” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. “Política “Alta e Transferência”, “Orientação “Transferência de Doentes” e “Procedimento de “Elaboração Carta de Transferência”, documentos que se dão aqui por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.*

18. No que diz respeito à resposta às alíneas i), ii e iii) do ponto 4 do pedido de informações/elementos solicitados pela ERS, o reclamado pronunciou-se nos seguintes termos:

*“i [e] ii. A responsável pela realização do contacto com o Centro Hospitalar do Baixo Vouga foi a médica pediatra, Dra. [NO], que realizou o mesmo no dia 12 de Fevereiro de 2018; entre as 08:00 e as 08:30.*

*iii. Com este contacto a Médica pediatra do serviço de Pediatria do Hospital da Luz Aveiro, pretendia garantir a realização de uma avaliação clínica rigorosa, numa **fase precoce e assintomática** da doença, do risco de sépsis e garantir que, em caso positivo, que estariam todos os meios clínicos disponíveis para efectuar uma intervenção atempada e adequada” – Cfr. Resposta do HLA à notificação de abertura de inquérito.*

19. Relativamente à resposta à alínea iv daquele ponto 4, o prestador enviou, em anexo, os seguintes documentos: “[c]ópia da carta de transferência do recém-nascido (...)”; “[r]elatório da Dr.ª [NO]”; “[c]ópia dos registos clínicos da puérpera enviada para a Dra. [SF], do Centro Hospitalar do Baixo Vouga” – Cfr. Resposta do HLA à notificação de abertura de inquérito.
20. Pela sua relevância para os presentes autos, importa destacar os seguintes factos alegados no “[r]elatório da Dr.ª [NO]”:

“6) No dia 12 de fevereiro (40h de vida [do utente DM]), pelas 8h, na visita de rotina, o **D. apresentava bom estado geral**, fui informada pela equipa de enfermagem que a senhora Carla Soares tinha sido transferida para o CHUC, horas antes, após observação de TC-CE pedido no HLA, por suspeita de AVC.

7) Visto a essa hora ainda não haver nenhuma informação por parte do hospital onde se encontrava a mãe, dos CHUC assim com ausência do pai do D.. No sentido de esclarecer a situação clínica da senhora [CS], contactei imediatamente o SU-CHUC, tendo-me sido comunicado pelo Dr. [MS] (Neurologia) que após observação da senhora [CS] foi feita uma punção lombar com saída de LCR de aparência turva que motivou o seu internamento no Serviço de Infeciologia por alta suspeita de meningite bacteriana.

8) Dada a alta suspeita de meningite bacteriana da senhora [CS], contactei de seguida com o SU-CHBV (hospital de referência) discutindo o caso com a Dra. F. (Pediatria) que aceitou imediatamente a transferência do D. para rastreio séptico emergente e inadiável.

9) Assim, o ato clínico realizado ao D., filho da reclamante, seguiu os parâmetros exigidos e necessários, na sequência de suspeita de meningite infecciosa que foi transmitida pelo **[CHUC]**, emergente do quadro neurológico, com agravamento progressivo, da mãe Sra. [CS], observando-se estritamente os critérios médicos de Neonatologia, visando o despiste de sepsis neonatal – estado clínico grave, o qual se revelava não apenas necessário, mas efectivo imperativo para salvaguarda da saúde e inclusive do próprio risco de vida.

10) Após a aceitação da transferência do [D] pelo SU-CHBV, tentei contactar telefonicamente sem sucesso o senhor BM (pai do [D]). Encontrando-se a senhora BS (tia materna do [D]) presente, foi-me informado que o senhor BS se encontrava fora da área da clínica o que dificultava o contacto.

11) Dada a **urgência** da transferência do D., explico detalhadamente a necessidade da transferência ao SU-CHBV (hospital de referência) à senhora [BS], por se tratar do familiar direto mais facilmente contactável, a qual mostrou-se solidária com a decisão.

12) Dada a **urgência** da transferência do D., procedi de imediato à sua transferência para o SU-CHBV de acordo com os protocolos de referência (o CHBV trata-se do hospital da área mais próximo com serviço de pediatria com cuidados mais diferenciados), com transporte do D. em meio de ambulância, sendo enviada juntamente duas cartas: referência com a informação clínica e atendimento de Recém nascido; uma da minha parte e outra pela equipa de enfermagem. A carta por mim elaborada foi devidamente encaminhada pela equipa de enfermagem para os bombeiros operacionais que, em conformidade com o protocolo, procederam ao transporte do filho da reclamante para o SU\_CHBV.

(...)

15) O estado clínico do filho da reclamante enquadrava-se nas referidas alíneas a) e b) do citado art.º 22.º, do RDM [Regulamento de Deontologia Médica]. Com efeito, o estado clínico do D., exigia uma intervenção urgente e a sua dilação seria susceptível de colocar em perigo não apenas a sua saúde, mas igualmente a própria vida, face ao enquadramento clínico e à situação de neonatologia.

16) Em conformidade, em estrita obediência ao citado normativo e ao dever deontológico médico subjacente, presumi, como era minha obrigação, o consentimento dos progenitores para a transferência do D. para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, hospital da área e o único que permitiria, com a máxima urgência e proximidade, prestar os cuidados médicos exigidos.

(...)

19) Acresce que sempre seria impossível fazer a transferência para o local onde a reclamante se encontrava hospitalizada, na medida em que o **[CHUC]** é circunscrito a adultos, sendo o Hospital Pediátrico localizado em edifício autónomo, separado e distante. (...)" – Negrito e sublinhado nosso – Cfr "Relatório da Dr.ª [NO]", documento que se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.



21. Finalmente, em resposta ao ponto 5 do referido pedido de informações/elementos, o reclamado declarou o seguinte:

*“A decisão de transferência é sempre do profissional de saúde. Este, sempre que possível, informa o doente ou o seu representante legal que, não concordando, será da sua responsabilidade, uma alta a pedido do próprio.*

*Perante a situação em causa, **não era viável aguardar pela comparência do progenitor uma vez que desconhecíamos o tempo de ausência na unidade.***

*Esta situação foi inédita na unidade e a ação tomada seguiu as deadlines definidas de atuação, no âmbito de uma ocorrência de emergência clínica.*

*A nível preventivo foram definidas orientações internas de reforço quanto ao acompanhamento de recém-nascidos, no qual a criança deverá estar sempre acompanhada pelo seu representante legal” – Cfr. Notificação ao Reclamado HLA da abertura de processo de inquérito.*

22. Ora, na sequência da resposta do prestador, e considerando as suas especificidades técnicas, foi solicitado ao perito médico consultado pela ERS, a elaboração de um parecer sobre o quadro fáctico supra descrito, cujas conclusões parcialmente se transcrevem:

*“Em face da apreciação clínica que antecede, cumpre apresentar as seguintes conclusões e recomendações:*

*Analisada a documentação enviada, são pertinentes as seguintes considerações:*

*- **Porque não foi a mãe, com a suspeita clínica posta de AVC isquémico transferida para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga (Aveiro), que tem serviço de Neurologia e é hospital da área** –a ter sido assim, naturalmente que o recém-nascido acompanharia a mãe[...]. O diagnóstico de Meningite viria a ser posto e, é de prever, a doente seria tratada nesta unidade hospitalar, para onde o recém-nascido acabou por ir nas condições e circunstâncias acima expostas e que justificaram esta reclamação. Competiria a este Serviço de Neurologia, se estivesse indicada, fazer a transferência para o CHUC.*

*-A transferência da mãe para o CHUC, EPE., que **não era uma emergência médica**, deveria ter tido em conta, para além do acima referido, **a situação do recém nascido que ficou sem a presença de familiar desde a transferência da mãe até às 08:00h da***

**manhã**, altura em que se começa a organizar a sua transferência para outra unidade hospitalar, após conhecimento da suspeita de diagnóstico da mãe-Meningite perinatal.

Foi assumido que o recém nascido corria perigo de vida, que não poderia ser transferido para o CHUC onde a mãe estava,” porque essa unidade não dispõe de serviço de neonatologia” -(do CHUP faz parte um centro materno-infantil)- e que a melhor opção seria o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, hospital da área.

(...)

-O recém-nascido estava assintomático - “No dia 12 de fevereiro (40h de vida), pelas 8h, na visita de rotina, o D. apresentava bom estado, fui informada pela equipa de enfermagem que a senhora [CS] tinha sido transferida para o CHUC, horas antes, após observação de TC-TCE pedido no HLA, por suspeita de AVC.” (ponto 6 relatório da médica pediatra Dra.[NO]). **O rastreio séptico do recém-nascido D. era obrigatório em tempo útil, mas pelos dados existentes não de forma “emergente e inadiável”** (ponto 8 do mesmo relatório). A situação clínica D. seria compatível com uma mais adequada transferência em tempo útil.

Em síntese –o D. não teve os cuidados que a sua condição de recém nascido exigiam-estar sempre acompanhado pela mãe e, na sua impossibilidade, por um familiar que a substituiu : no hospital quando a mãe foi para o CHUC, durante a transferência e posteriormente. Estas situações não foram devidamente acauteladas pelo HLA, mesmo tendo em conta as peculiaridades da situação.

(...)

Uma nota sobre a Meningite por *Streptococcus Salivarius* :

A meningite perinatal com analgesia raquidiana, é uma situação rara, como referido na documentação. São apontados três mecanismos possíveis na sua origem: **via hematogénica com foco à distância; equipamento ou drogas contaminadas; e, falhas na assépsia.**

No caso em análise, tratando-se de um *streptococcus salivarius*, **é de pensar na inquinação do material utilizado-contaminação inadvertida do cateter utilizado durante o seu**

**manuseio, ou antes** (...).” – Cfr. Parecer cujo teor se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

### III. **DO DIREITO**

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

23. 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*”.
24. 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).
25. Resulta, pois, inequívoco que o HLA é uma entidade prestadora de saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
26. 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)).

27. Com efeito, a densificação dos objectivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
28. 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”.
29. 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)).
30. 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)).
31. 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**

32. 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).
33. 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)).
34. 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>.
35. Com efeito, estabelece a alínea b) da Base 2 da LBS<sup>2</sup> 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”*.
36. Efetivamente, o disposto na alínea supra transcrita 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.

---

<sup>1</sup> Uma vez que à data dos factos descritos na reclamação em apreço a LBS em vigor era a aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, doravante, sempre que se fizer menção à disciplina jurídica consagrada na nova LBS, far-se-á, igualmente, alusão aos preceitos equivalentes (quando existentes) que se encontravam consagrados na anterior LBS – Cfr. Artigos 3.º e 4.º da Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro.

<sup>2</sup> Cfr. Base V, n.º 2 e Base XIV, n.º 1, alínea c) da anterior LBS.

37. 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.
38. 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.
39. 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”*.
40. 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.º1) e *“à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
41. 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.
42. Relativamente ao regime aplicável a menores e incapazes, o artigo 11.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março esclarece que *“[a] lei deve prever as condições em que os representantes legais dos menores e incapazes podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem assistência, com observância dos princípios constitucionais”*.
43. A supra referida Lei n.º 15/2014, de 21 de março consagra, igualmente, um regime particularmente robusto de protecção da utente nos casos de gravidez, parto, nascimento e puerpério.
44. Assim, o n.º 1 do seu artigo 15.º, reconhece às mulheres naquelas situações, e *“[d]e acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde”*, entre outros, o direito à *“(…) informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada, e o respeito pelas suas*

*escolhas e preferências*” (alínea a)), bem como o direito a “(...) *receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados*” (alínea f)),

45. O n.º 2 do mesmo preceito, por sua vez, sinaliza que “[o]s *princípios referidos no número anterior são igualmente aplicáveis, com as necessárias adaptações, ao pai, a outra mãe ou a pessoa de referência, e a todas as pessoas que se encontrem na qualidade de acompanhante nos termos da presente lei*”.
46. Por outro lado, no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde durante o trabalho de parto, o artigo 15.º F daquele diploma legal estabelece que “[a] *mulher e recém-nascido devem ser submetidos apenas às práticas necessárias durante o trabalho de parto, parto e período pós-natal, devendo ser assegurada a prestação de cuidados baseada nos melhores conhecimentos científicos*” (n.º 2), sendo que “[n]o caso da realização do parto por cesariana, a indicação clínica que o determinou deve constar do respetivo processo clínico e do boletim de saúde da grávida” (n.º 3).
47. O n.º 4 do referido artigo acrescenta que “[d]urante o trabalho de parto, os serviços de saúde devem assegurar métodos: a) *Não farmacológicos de alívio da dor, de acordo com as preferências da mulher grávida e a sua situação clínica; b) Farmacológicos de alívio da dor, como a analgesia epidural, de acordo com as condições clínicas da parturiente e mediante seu pedido expresso, conhecedora das vantagens e desvantagens do respetivo uso*”.
48. Finalmente, em matéria de cuidados de saúde prestados durante o puerpério, o n.º 2 do artigo 15.º G sublinha que “[o]s *serviços de saúde devem garantir o adequado e regular acompanhamento clínico*” da puérpera.

### **III.3. Do direito ao acompanhamento**

49. Uma outra importante dimensão do direito constitucional à protecção da saúde reconduz-se ao estatuto e às especiais prerrogativas atribuídas no âmbito do direito ao acompanhamento.
50. Com efeito, ao contrário do que se verificava na anterior LBS, a Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro, que aprovou a nova LBS, consagra expressamente o direito do utente a ser acompanhado “*por familiar ou outra pessoa por si escolhida*” (na alínea h) da Base 2).

51. Trata-se, pois, de uma solução legislativa que reforça o estatuto do direito ao acompanhamento que a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, anos antes, já introduzira no ordenamento jurídico português.
52. Efectivamente, a matéria em apreço encontra-se regulada, inclusive, num capítulo específico daquele diploma legal, o II, estabelecendo, não apenas regras gerais de acompanhamento do utente (artigos 12.º a 15.º), mas também regras específicas para situações particulares como, por exemplo, a gravidez, o parto, o nascimento, o puerpério (artigos 15.º A a 18.º) e o internamento hospitalar (artigos 19.º a 23.º).
53. No que diz respeito às regras gerais, a alínea a) do n.º 1 do artigo 12.º estabelece que, nos serviços do SNS, *“[é] reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço”,* sendo certo que *“[n]os casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito ao acompanhamento”* (n.º 1 do artigo 13.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).
54. O acompanhante tem, assim, *“direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento”* (n.º 1 do artigo 15.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).
55. Trata-se, pois, de uma solução legislativa que cuja *ratio legis* é dúplice: por um lado, visa fomentar uma relação de proximidade entre a entidade prestadora de cuidados de saúde e o acompanhante, regra geral, um familiar próximo do utente; por outro, tem subjacente uma lógica de promoção da transparência daquelas entidades com a comunidade em geral.
56. Em situações específicas, como é o caso da gravidez, do parto, do nascimento e do puerpério, o artigo 16.º ressalva que *“[o] direito ao acompanhamento pode ser exercido independentemente do período do dia ou da noite em que o trabalho de parto ocorre”,* não estando o acompanhante *“(…) submetido aos regulamentos hospitalares de visitas nem aos seus condicionamentos, estando, designadamente, isento do pagamento da respetiva taxa”.*
57. Acresce que *“[a] mulher grávida internada em serviço de saúde tem direito ao acompanhamento, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 12.º, durante todas as fases do trabalho de parto, incluindo partos por fórceps, ventosas e cesarianas, por qualquer pessoa por si escolhida, exceto se razões clínicas ou a segurança da parturiente e da criança o desaconselharem”.*
58. Para além disso, *“[n]o caso de se proceder a uma cesariana, o elemento da equipa designado para o acolhimento do acompanhante deve prestar informação prévia acerca das*



*fases da cirurgia e dos procedimentos habituais que ocorrem no decurso da mesma, assim como dar indicação do momento em que pode entrar na sala, uma vez concluída a preparação da parturiente e da sala, e do local em que deve posicionar-se durante a intervenção cirúrgica de modo a não colocar em causa a qualidade dos cuidados e a segurança da parturiente e da criança”.*

59. Na verdade, “[o]s serviços de saúde devem garantir ao pai, a outros responsáveis parentais ou a pessoas de referência, a oportunidade de assistir à observação do recém-nascido, sempre que não se identifiquem contraindicações, nomeadamente de caráter clínico” (n.º 5 do artigo 17.º).
60. Corolário do regime jurídico supra enunciado, o n.º 1 do artigo 18.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março reitera que “[s]ão adotadas as medidas necessárias à garantia da cooperação entre a mulher grávida, o acompanhante e os serviços, devendo estes, designadamente, prestar informação adequada sobre o decorrer do parto, bem como sobre as ações clinicamente necessárias.”
61. Nos caso de internamento hospitalar, nomeadamente de menores, o n.º 1 do artigo 19.º estabelece que “[a] criança (...) tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua”, sendo o acompanhamento “(...) exercido no período do dia ou da noite, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar” (n.º 1 do artigo 21.º).
62. Mais do que isso, “[o]s profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.” (n.º 1 do artigo 22.º).

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

63. Da experiência regulatória e de supervisão da ERS resulta evidente que parte significativa dos constrangimentos ao direito ao acompanhamento está relacionada com o processo de transferência inter-hospitalar de utentes, como sucede, aliás, no caso em apreço.

64. 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).
65. 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”*.
66. 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.
67. Pese embora o Regulamento 964/2020, de 3 de Novembro não se encontrasse ainda em vigor (artigo 14.º) à data dos factos ora em apreciação, justifica-se a sua abordagem autónoma na presente deliberação, tendo em conta a atuação regulatória que, a final, se propõe adoptar.
68. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.
69. 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) e b) do Regulamento).

70. 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).
71. Em concretização do disposto no n.º1, o n.º 2 daquele artigo 7.º esclarece que “(...) o estabelecimento de origem deve ponderar: a) Os benefícios da transferência para a condição clínica do utente, bem como os riscos associados ao transporte; b) As potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do utente”.
72. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem<sup>3</sup> (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino<sup>4</sup> (artigo 5.º).
73. 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.
74. 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.
75. Por outro lado, compete ainda 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>5</sup> da transferência, a qual deve incluir toda

<sup>3</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>4</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.

<sup>5</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

*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” (artigos 4.º, alíneas c) e d) e 11.º do Regulamento).*

76. Impende ainda sobre o estabelecimento de origem a obrigação 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” – Cfr. Alínea a) do artigo 4.º do Regulamento.
77. 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”
78. 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.
79. 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.
80. Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: “a) [r]eceptar o utente de acordo com o que tiver ficado estabelecido no contacto prévio com o responsável do estabelecimento de origem, efetuado nos termos do disposto no artigo 8.º; b) [a]bster -se de adotar qualquer comportamento que dificulte o regular funcionamento das redes de referência hospitalar instituídas no âmbito do SNS; c) [g]arantir, em tempo útil, a continuidade e nível dos cuidados de saúde necessários e adequados à situação específica do utente; d) [a]ssegurar a disponibilidade de condições físicas, técnicas e humanas à

---

*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.*

*prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessite.” – Cfr. Artigo 5.º do Regulamento.*

81. 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.5. Da análise da situação concreta**

82. Da análise da reclamação apresentada pela exponente e, bem assim, da análise atenta e rigorosa dos elementos e das informações carreadas para os presentes autos, descortinam-se quatro situações/problemas cuja apreciação ora se impõe.

83. Em primeiro lugar, importa perceber se os cuidados de saúde prestados à reclamante no HLA durante o parto, o nascimento e o puerpério se revelaram, em concreto, técnico-cientificamente adequados ou se, pelo contrário, tais cuidados terão estado na origem ou terão, em alguma medida, contribuído para o quadro clínico de Meningite por *Streptococcus Salivarius* que foi diagnosticado a CS.

84. Atenta a natureza eminentemente técnica desta questão, a sua apreciação, nesta sede, terá de assentar, essencialmente, nas informações e elementos facultados pelo prestador, por um lado, e no parecer técnico solicitado pela ERS ao perito médico consultado

85. Ora, nas várias comunicações em que o prestador teve oportunidade de se pronunciar sobre a problemática em apreço, limitou-se a descrever os sintomas manifestados pela utente, bem como os procedimentos adotados e os cuidados e tratamentos que lhe foram prestados, desde do seu internamento, no dia 10 de fevereiro, até à sua transferência para o CHUC, na madrugada do dia 12 de fevereiro – Cfr. Pontos 8, 9 e 10 da presente deliberação.

86. Conclui, ademais, referindo que “(...) a incidência de meningite pós punção varia entre 0,2 a 1,3 por 10.000 procedimentos realizados (...)”, pelo que, “(...) embora se trate de uma complicação rara, o risco não é de 0%” – Cfr. Ponto 10 da presente deliberação.

87. Como se percebe, em boa verdade, o prestador – podendo e devendo fazê-lo – não se pronunciou sob o cerne da questão: a origem/causa da infecção bacteriana que conduziu ao quadro clínico de Meningite por *Streptococcus Salivarius* diagnosticado à exponente.

88. Tal como não esclareceu – como podia e devia – se adotou, ou pensa adotar, medidas corretivas capazes de evitar a repetição da situação descrita na reclamação.

89. Com efeito, o perito médico consultado, no parecer acima referenciado, esclarece que são apontados *“três mecanismos possíveis na origem”* da *“meningite perinatal com analgesia raquidiana”*: *“via hematogénica com foco à distância; equipamento ou drogas contaminadas; e, falhas na assésia”*.
90. Nesta senda, conclui que na situação em análise, *“tratando-se de um streptococcus salivarius, é de pensar na inquinação do material utilizado-contaminação inadvertida do cateter utilizado durante o seu manuseio, ou antes”*.
91. Ora, sendo certo que a avaliação da correção técnica com que os cuidados em causa foram prestados à utente, no quadro das *legis artis* vigentes, se subtrai ao quadro de competências desta Entidade Reguladora, competirá remeter cópia dos presentes autos à Ordem dos Médicos, de molde a que a mesma adote as diligências tidas por necessárias no quadro factual vindo de referir.
92. Em segundo lugar, impõe-se a análise dos procedimentos empregues nas transferências inter hospitalares da utente CS e do seu filho, o recém-nascido DM, os quais, embora distintos, não poderão ser dissociados, tendo em conta o circunstancialismo do caso concreto.
93. Aqui, será de ponderar, como faz notar o perito médico consultado, que a exponente, *“com a suspeita clínica posta de AVC isquémico”*, foi transferida para o CHUC e não para o CHBV, que tem *“serviço de Neurologia”* e que, nas palavras do próprio prestador, é o *“hospital de referência da área”* – Cfr. Pontos 8 e 22 da presente de liberação;
94. Solução que permitiria o acompanhamento conjunto de mãe e recém-nascido.
95. Sendo certo que o prestador não podia ignorar que a transferência da utente CS para o CHUC, durante a madrugada do dia 12 de fevereiro de 2018, conduziria à situação – que se verificou – de o recém-nascido ficar sem qualquer tipo de acompanhamento entre o momento em que se concretizou a transferência da sua mãe e as 08h00, o que sempre teria de ser avaliado em função do *“risco/benefício”*, *“a avaliação do estado clínico do doente”* e a *“vantagem expectável”*, critérios que constam, desde logo, do documento junto pelo prestador *“Orientação Técnica: transferência de doentes”* – Cfr. Ponto 17 da presente deliberação.
96. Aliás, tais critérios encontram-se, igualmente, contemplados no artigo 7.º, n.º 1, alíneas a) e c) e n.º 2, alínea a) do Regulamento 964/2020, de 3 de novembro, cuja disciplina entra em vigor no próximo dia 3 de Dezembro de 2020.

97. Em relação à transferência do utente DM do HLA para o CHBV, emerge como especialmente gravoso não ter sido garantido o direito ao acompanhamento do utente, o que reveste particular acuidade tratando-se de um recém-nascido.
98. Na verdade, como esclarece o perito médico consultado, o rastreio séptico do recém-nascido “*era obrigatório em tempo útil, mas pelos dados existentes [o utente DM estava assintomático e “apresentava bom estado”] não de forma “emergente e inadiável”*”.
99. Ora, a circunstância de o recém-nascido já se encontrar sem qualquer acompanhamento desde a transferência, naquela madrugada, da sua mãe para o CHUC, aliada à não emergência do seu rastreio séptico, exigiria do prestador uma ponderação mais cuidada e adequada sobre os benefícios e riscos da transferência imediata de DM – leia-se, sem o conhecimento, pelo menos, do seu progenitor - do HLA para o CHBV.
100. Ponderação que o prestador não efectuou, não tendo salvaguardado o direito ao acompanhamento do utente DM, o que significa que o HLA, com a sua conduta, incumpriu o disposto na alínea h) da Base 2 e nos artigos 12.º, n.º 1, alínea a), 13.º, n.º 1, 15.º, n.º 1, 17.º, n.º 5, 18.º, n.º 1, 19.º, n.º 1 e 22.º, n.º 1 da Lei n.º 15/2014 de 21 de Março.
101. Não se ignora, todavia, que, após a ocorrência dos factos descritos na reclamação, o prestador HLA aprovou, no dia 2 de maio de 2018, três importantes documentos (“Política “Alta e Transferência””, “Orientação “Transferência de Doentes”” e “Procedimento de “Elaboração Carta de Transferência””) que, em abstracto, se revelam idóneos a cumprir o disposto nos mencionados preceitos da da Lei n.º 15/2014 de 21 de Março – Cfr. Ponto 17 da presente deliberação.
102. No entanto, importa que a disciplina jurídica consagrada naqueles normativos seja, em concreto, salvaguardada e cumprida, sendo, por isso, necessário, não apenas adaptar aqueles três documentos ao disposto no Regulamento n.º 964/2020, de 3 de Novembro, mas também garantir que as regras e procedimentos ali descritos são do conhecimento dos seus profissionais e, mais do que isso, são por eles respeitadas.
103. Uma última nota para sublinhar que, ao contrário do que é referido na reclamação em apreço, não resultou demonstrado que o recém-nascido tivesse sido transferido “*sem qualquer informação clínica*”, tendo, inclusive, o prestador procedido à junção da respectiva “*Carta de Transferência*”, motivo pelo qual, neste particular, não se justifica a adoção de qualquer atuação regulatória.

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

104. 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 para o efeito sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a reclamante e o prestador acima identificado.
105. Não obstante, somente o HLA se pronunciou por escrito no âmbito da audiência de interessados.
106. Para o efeito, por mensagem de correio eletrónico datada de 28 de dezembro de 2020, o aludido prestador começou por requerer a prorrogação, em 10 dias úteis, do prazo de pronúncia escrita, pedido que veio a ser deferido, pela mesma via, no dia 29 de dezembro do mesmo ano – Cfr. Mensagem de correio eletrónico do HLA datada de 28 de dezembro de 2020, documento que se aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.
107. Ora, conforme se sublinhou na análise ao caso concreto que precedeu a audiência de interessados, dos elementos até então carreados para os presentes autos descortinavam-se 4 questões cuja análise se impunha, sendo que em relação a uma delas – a alegada transferência do recém-nascido para o CHBV “*sem qualquer informação clínica*” – se concluiu não se justificar a adoção de qualquer atuação regulatória, uma vez que o HLA procedera já à junção da respectiva “*Carta de Transferência*”.
108. Note-se que, em sede de audiência de interessados, não foram alegados quaisquer factos, nomeadamente pela reclamante, que sejam susceptíveis de alterar tal entendimento, pelo que se dá aqui por reproduzido o vertido no ponto 103 da presente deliberação.
109. Acontece que, da pronúncia escrita apresentada pelo HLA em sede de audiência de interessados, impõe-se revisitar a análise das três outras questões escarpelizadas entre os pontos 82 a 83.
110. Em relação à primeira questão - a origem/causa da infecção bacteriana que conduziu ao quadro clínico de Meningite por *Streptococcus Salivarius* diagnosticado à expositive – o HLA pronunciou-se, em sede de audiência de interessados, nos seguintes termos:
- “(…) *No que respeita à infecção por Streptococcus Salivarius, poderemos afirmar que foram tomadas todas as medidas de controle de infecção adequadas ao procedimento, tanto na técnica de assepsia e anti-sepsia assim como na adequada esterilização do equipamento, não esquecendo que o cateter de punção lombar é de uso único e descartável (...)*” – Cfr. Pronúncia



escrita do HLA no âmbito da audiência de interessados, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

111. Não obstante tais esclarecimentos adicionais, importa sublinhar, na senda do referido no ponto 91 da presente deliberação, que a avaliação da correção técnica com que os cuidados de saúde prestados à utente (nomeadamente os que, segundo a própria, poderão ter estado na origem da mencionada infeção), no quadro das *legis artis* vigentes, subtrai-se ao quadro de competências da ERS, razão pela qual competirá remeter cópia dos presentes autos à Ordem dos Médicos, de molde a que a mesma adote as diligências tidas por necessárias no quadro factual vindo de referir.

112. No que se reporta à segunda questão – o processo de transferência da exponente para o CHUC e não para o CHBV, – o HLA prestou os seguintes esclarecimentos complementares:

*“(...) A transferência da Exma. Sra. D. [CS] para o CHUC e não para o CHBV, está relacionada com as limitações deste último, **uma vez que não existia à data dos factos, apoio da especialidade de neurologia no serviço de urgência** e o objectivo dos profissionais do Hospital era salvaguardar que a mãe seria transferida para uma unidade que garantisse uma orientação completa por neurologia. (...)*

*A transferência foi realizada em tempo oportuno, pela evolução desfavorável do quadro clínico e por ser essa a vontade da utente e do Sr. [BM], que se encontrava presente.*

**A transferência foi realizada para o CHUC por se tratar de uma unidade com apoio de neurologia no serviço de urgência, o que não acontece no CHBV.** (...)” - Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Pronúncia escrita do HLA no âmbito da audiência de interessados.

113. Ora, na sequência da resposta apresentada pelo HLA, revelou-se necessária a realização de uma diligência complementar (artigo 125.º do Código de Procedimento Administrativo), nomeadamente o envio de um ofício ao CHBV no sentido de esclarecer as seguintes questões:

*“1. À data dos factos atrás descritos – 12 de fevereiro de 2018 – o serviço de urgência do CHBV dispunha da valência de neurologia?*

*2. Em caso afirmativo, qual o horário de funcionamento/atendimento da aludida especialidade naquele SU?*

3. *Na data dos factos acima enunciados – 12 de fevereiro de 2018 – o CHBV, nomeadamente o seu serviço de urgência, foi contactado pelo HLA no sentido de perceber se era possível a transferência da utente [CS]? ” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Pedido de esclarecimentos ao CHBV.*

114. Em resposta ao mencionado ofício, o CHBV pronunciou-se nos seguintes termos:

“(…) 1. **no dia 12 de fevereiro de 2018 não existia valência de neurologia no Serviço de Urgência do CHBV;**

2. *não aplicável;*

3. *a Senhora [CS] não tem registo de entrada no nosso serviço de urgência no referido dia 12.02.2018, nem existindo qualquer registo de contato por parte do HLA.(…)” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Resposta do CHBV, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.*

115. Como se percebe, esta nova alegação do HLA (confirmada, ademais, pelo CHBV) – a impossibilidade de transferir a utente CS para o CHBV, pois neste Centro Hospitalar, à data dos factos, inexistia a valência de neurologia no Serviço de Urgência – assume particular acuidade para análise da situação em apreço.

116. Na verdade, conforme se referiu no projeto de deliberação (elaborado com base nas alegações e nos elementos documentais até então remetidos à ERS), na senda, aliás, do parecer emitido pelo perito consultado pela ERS, a salvaguarda do acompanhamento conjunto da utente CS e do recém-nascido exigiria que o HLA tivesse ponderado, desde logo, a possibilidade de a reclamante ser transferida, pelo menos numa primeira fase, para o CHBV (que dispunha de serviço de neurologia e era o hospital de referência da área) e não directamente para o CHUC.

117. Todavia, à luz da factualidade trazida ao conhecimento da ERS em sede de audiência de interessados, é possível concluir que tal solução não se revelaria adequada *in casu*, pois o CHBV, apesar de dispor de serviço de neurologia, não dispunha, no seu serviço de urgência, desta valência.

118. Tal conclusão exigiria, de qualquer forma, uma ponderação reforçada do HLA sobre a decisão de transferir o recém-nascido para o CHBV.

119. Com efeito, relativamente a esta terceira questão, o HLA, em sede de audiência de interessados, prestou os seguintes esclarecimentos adicionais:

“O Exmo. Sr. [BM] esteve presente no Hospital, até ao momento da transferência da Sra. D. [CS], fazendo inclusive pressão para que a mesma se realizasse o mais breve possível e, logo após a transferência, **ausentou-se do Hospital, para acompanhar a Sra. D. [CS], pelas 21 h. Regressou às 4h da manhã e informou os profissionais que se ausentaria novamente, mas que já se encontraria a caminho do Hospital a tia do recém-nascido. a Sra. D. [BS]. Acabaria por sair, novamente, pelas 08:00. antes da visita médica da Pediatra.** O pai insistiu que teria de se ausentar e que **na sua ausência ficaria a tia do recém-nascido, ficando ela, responsável pelo menor, até ao seu regresso.** Estas foram as indicações do Exmo. Sr. [BM]. (...)

A urgência da situação, uma vez que poderíamos estar na presença de um quadro de sépsis neonatal, demandava uma reação célere por parte dos profissionais de saúde, que tinham ao seu cuidado o recém-nascido.

Nesta sequência, a Dr.a [NO] **tentou contactar telefonicamente, sem sucesso, o pai Sr. [BM], que se encontrava ausente da unidade, não sendo possível, aos profissionais do Hospital, antever o tempo que poderia distar até à chegada do pai do menino [D] ao Hospital.**

Perante os elementos disponíveis, naquele momento, as elevadas suspeitas de quadro clínico grave do recém-nascido as informações partilhadas com outros profissionais especialistas, dos Hospitais de referência, não seria boa prática esperar que fosse possível estabelecer contacto com o pai do recém-nascido para validação da transferência. Até porque, estando em causa o melhor interesse do menino [D], a sua saúde e no limite a sua vida, não existiam motivos para a médica não presumir o consentimento do pai para a transferência, não sendo expectável que o pai o viesse a recusar. Mais, esta informação foi partilhada com a **tia do menino [D]**, que se encontrava no Hospital, **tendo esta sido solidária com a decisão.**

**Uma possível recusa teria como alternativa aguardar pelo aparecimento de sintomas (caso se confirmasse o quadro de sepsis neonatal) e recorrendo a outras vias, se necessário e transferir a recém-nascido numa situação crítica, podia vir a revelar-se fatal**  
(...)

*Não seria clinicamente aceitável (...) adiar a transferência do recém-nascido, aguardando que o mesmo apresentasse algum sintoma. Essa espera poderia vir a revelar-se fatal e teria de ser considerada incúria e negligência, na prestação de cuidados, por parte dos profissionais de saúde, por não atenderem ao superior interesse dos doentes que se encontravam à sua responsabilidade, não atuando em conformidade com o que o caso concreto e os elementos disponíveis naquele preciso momento demandavam. (...)*

*Após a transferência da Exma. Sra. D. [CS], o Exmo. Sr. [BM] abandonou o Hospital, bem sabendo que não o podia fazer uma vez que, na sua ausência, o recém-nascido ficaria sem acompanhamento de responsável legal. Ainda para mais ausentando-se e ficando incontactável, visto não ter sido possível estabelecer contacto telefónico com o mesmo. (...)*

*Após a aceitação, por telefone, da transferência do recém-nascido para o CHBV, a médica tentou contactar, telefonicamente o pai do menino [D]. O que o Hospital também desconhecia era que o contacto telefónico também não seria possível e que não existiria uma previsão para o seu regresso.*

*Não sendo possível contactar telefonicamente o Sr. [BM], a médica falou com a tia materna do [D], Sra. D. [BS], por se tratar do familiar presente e o único possível de contactar, a qual se mostrou solidária com a decisão da equipa clínica. (...)*

*Conforme supramencionado, após a transferência da Sra. D. [CS], o Sr. [BM] tomou a iniciativa de se ausentar do Hospital, bem sabendo que o seu filho ficaria internado. (...)*

*O Sr. [BM] regressou passadas 7h, dando indicação que teria de se ausentar novamente e que, no Hospital, ficaria a tia do recém-nascido, a Sra. D. [BS], para o representar. Os profissionais, apesar de não considerarem o procedimento correto, acataram, uma vez que não tinham legitimidade para reter o Sr. [BM] nas instalações do Hospital" - Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Pronúncia escrita do HLA no âmbito da audiência de interessados.*

120. Não pode, porém, deixar de se sinalizar a natureza contraditória das alegações a este propósito aduzidas pelo HLA.

121. Efectivamente, numa primeira fase, o referido prestador declarou que a médica responsável tentou, sem sucesso, contatar telefonicamente o progenitor, razão pela qual presumiu que os pais do recém-nascido dariam o seu consentimento à transferência de D

para o CHBV – Cfr. Exposição do HLA (datada de 10 de agosto de 2018) endereçado à exponente, documento junto por esta com a sua reclamação sob o n.º 4.

122. Todavia, numa segunda fase, o HLA, em resposta à Advogada da reclamante, sublinhou que “(...) o *consentimento informado não se obtém ao telefone, sendo um ato presencial.* (...)”– Cfr. Exposição do HLA (datada de 27 de setembro) endereçado à exponente, documento junto por esta com a sua reclamação sob o n.º 5.

123. Finalmente, já no âmbito dos presentes autos de inquérito, o HLA reiterou a versão apresentada naquela primeira fase, aditando-lhe um novo facto: que a transferência fora concretizada com conhecimento e anuência da tia materna do recém-nascido e que, o pai do D, na madrugada do dia 12 de fevereiro de 2018, declarara que, na sua ausência, seria BS a representá-lo (esta última parte acrescentada na pronúncia em sede de audiência de interessados).

124. Em face do exposto, considera-se, pois, que o HLA, em sede de audiência de interessados, não trouxe ao conhecimento da ERS factos capazes de sustentar uma alteração do entendimento vertido nos pontos 97 a 100 da presente deliberação.

125. Por outro lado, importa fazer notar que, além dos documentos aludidos no ponto 17 da presente deliberação, o prestador procedeu ainda à remessa de três novos documentos, a saber: i) “*Política: alta, envio e acompanhamento*”, aprovado em 8 de outubro de 2020; ii) “*Política: garantia dos direitos dos clientes e familiares*”, aprovado em 3 de dezembro de 2020; iii) “*Orientação técnica: Alta clínica*”, aprovado em 21 de outubro de 2020.

126. Estes últimos documentos constituem versões atualizadas daqueles que se identificaram no referido ponto 17, espelhando, ademais, a preocupação do HLA em cumprir, desde já, a deliberação projetada, o que, obviamente, se valoriza, tanto mais que, em abstracto, as orientações constantes daqueles documentos se revelam idóneas a cumprir o disposto nos preceitos legais atrás identificados em matéria de direito de acesso a cuidados de saúde adequados e direito ao acompanhamento.

127. Finalmente, quanto às demais questões, nomeadamente no que concerne aos procedimentos adotados pelo HLA no sentido de cumprir as regras estabelecidas no regulamento 964/2020, de 3 de novembro – relativo ao procedimento de transferência inter-hospitalar – o HLA pronunciou-se nos seguintes termos:

“(...) *Face à exposição em análise, foi de imediato reforçado, junto dos profissionais de saúde a importância e necessidade do cumprimento escrupuloso de todos os procedimentos já instituídos e em vigor no Hospital.* (...)”

*O Hospital procura difundir a todos os seus profissionais, de forma rigorosa, todos os procedimentos, normas e orientações internas, em vigor na Unidade, e fá-lo através de ações de formação, emails enviados pela coordenação dos respetivos serviços, conversas com os próprios profissionais de saúde, orientações técnicas, entre outras que vão sendo realizadas, todos os anos, ao longo do ano.*

*Está ainda a ser preparada a calendarização de ações de formação, para assegurar a emissão e divulgação das orientações internas existentes, de forma clara e precisa, assim como garantir que os procedimentos são conhecidos e respeitados, escrupulosamente por todos os profissionais de saúde, nomeadamente os procedimentos que estão relacionados com o tema em apreço. (...)*

*Damos ainda nota a V. Exas., conforme supra-referido, de que, na sequência da publicação do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, que entrou em vigor no passado dia 3 de dezembro, foi preparado um regulamento interno, que se encontra neste momento em fase de codificação e aprovação. Será disponibilizado a todas as unidades da rede Hospital da Luz, assim que for publicado.*

*Até à sua publicação, está a ser aplicado o regulamento de base, Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, o qual é do conhecimento de todas as unidades da rede Hospital da Luz, as quais, individualmente o difundiram a todos os seus profissionais.*

*Caso seja do interesse de V. Exas., desde já apresentamos a nossa total disponibilidade em proceder ao envio do regulamento interno, logo que o mesmo seja publicado. (...)" – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Pronúncia escrita do HLA no âmbito da audiência de interessados.*

128. Não obstante o declarado pelo HLA a este propósito, a verdade é que não foram remetidos à ERS quaisquer registos documentais que confirmem o ali asseverado, razão pela qual se mantém na íntegra o disposto nas alíneas iii) e iv) do projeto de deliberação.

## **V. DECISÃO**

129. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e na

alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Hospital da Luz de Aveiro (HLA), 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 prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, com respeito pelo utente, em conformidade com o disposto na alínea b), do n.º 1 da Base 2 da LBS e no artigo 4º 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, correção, celeridade e humanidade referidas, nomeadamente em razão da patologia, idade ou especial vulnerabilidade dos utentes, como é o caso das mulheres grávidas e puérperas, em conformidade com o disposto nos artigos 15.º, n.º 1, alínea f) e 15.º G, n.º 2, da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (iii) Adaptar os procedimentos e/ou normas relativas ao processo de transferência inter-hospitalar de utentes, implementando mecanismos que garantam em permanência, o direito de acompanhamento, 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, 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 23.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e no Regulamento 964/2020, de 3 de novembro;
- (iv) 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;
- (v) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito;

130. 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.*

131. Mais se propõe ao Conselho de Administração que seja advertido o Hospital da Luz de Aveiro (HLA) para que, após a 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).

132. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Ordem dos Médicos.

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

Porto, 18 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).