

**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/013/2022;

**I. DO PROCESSO**

**I.1. Origem do processo**

1. No dia 28 de janeiro de 2022, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), através notícias veiculadas pela comunicação social, tomou conhecimento da situação de uma criança com 6 dias de idade (GF) que faleceu no Hospital Doutor José Maria Grande (HJMG), estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULS-NA), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º de registo 19699.

2. Com efeito, de acordo com o divulgado pela imprensa, no dia 27 de janeiro de 2022, pelas 09h33, os pais da mencionada criança acionaram os meios de socorro, uma vez que o bebé se encontrava “*em paragem cardiorrespiratória*”.
3. No entanto, ao local acorreram os Bombeiros Voluntários locais e não o INEM, porquanto, segundo informação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do HJMG esteve inoperacional durante cerca de sete horas, “*por falta de médico*”.
4. Assim, os dois bombeiros que se deslocaram ao local realizaram manobras de suporte básico de vida sem “*ajuda diferenciada*” e transportaram a criança até ao referido hospital enquanto realizavam tentativas de reanimação.
5. No entanto, o bebé viria a falecer no HJMG.
6. Nesta sequência, foi determinada a abertura do processo de avaliação registado internamento sob o n.º AV/005/2022, no âmbito do qual foram solicitados os esclarecimentos tidos por convenientes à ULSA-NA.
7. Subsequentemente, considerando as informações e os elementos remetidos pelo referido prestador, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 18 de fevereiro de 2022, à abertura do presente processo de inquérito.

## **I.2. Diligências**

8. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição da ULS-NA, constatando-se que a mesma é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o número de registo 19699;
  - (ii) Apensação aos presentes autos de inquérito de todas informações e elementos coligidos no âmbito do processo de avaliação n.º AV/005/2022;
  - (iii) Notificação da abertura do presente processo de inquérito à ULS-NA (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 24 de fevereiro de 2022, e receção da respetiva resposta nos dias 6 de abril e 1 de julho de 2022;

- (iv) Notificação da abertura dos presentes autos de inquérito ao INEM (com pedido de informações ao abrigo do disposto no artigo 32.º dos Estatutos da ERS), concretizada através de ofício datado de 24 de fevereiro de 2022, e receção da respetiva resposta em 24 de março de 2022.

## II. DOS FACTOS

9. No dia 28 de janeiro de 2022, através de notícias veiculadas pela comunicação social, a ERS tomou conhecimento da situação infra descrita:

*“(...) A [ULS-NA] revelou esta sexta-feira que vai instaurar um inquérito para apurar as circunstâncias da morte no [HJMG] de um bebé de oito dias, por alegada falta de socorro médico.*

***A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do hospital de Portalegre esteve cerca de sete horas inoperacional por falta de médico, na quinta-feira, disse esta quinta-feira a directora clínica da [ULS-NA]. “Houve um período, entre 9h e as 15h40, em que não houve médico, embora se tivessem feito todos os esforços para colmatar essa situação”, indicou. A criança acabou por ser transportada pelos Bombeiros Voluntários, tendo falecido no hospital, avançaram a revista Sábado e o Jornal de Notícias.***

*A directora clínica lembrou que se vive “em período pandémico, sendo que “os médicos têm várias solicitações e, por isso, pontualmente, houve a falha neste período”. No entanto, [VE] garantiu ainda aos jornalistas que “raramente” a VMER de Portalegre está inoperacional. “Quando não se consegue, porque acontece um imprevisto e dentro da nossa casa [hospital] não conseguimos colocar alguém, poderá ficar a descoberto”, admitiu, contudo.*

*Antes, à agência Lusa, o porta-voz da ULSNA, [IPC], disse que a administração daquela unidade hospitalar vai avançar com um inquérito. A administração da ULSNA reuniu-se na manhã desta sexta-feira com carácter de urgência para analisar esta situação. O PÚBLICO tentou ao longo da manhã desta sexta-feira, sem sucesso, obter esclarecimentos junto do hospital e do INEM.*

*Questionada pelos jornalistas para relatar o que se passou em concreto com a morte do bebé e se este ainda chegou com vida ao hospital, [VE] apenas referiu que foi para dar respostas a estas questões que a ULSNA “imediatamente” abriu o inquérito.*

*Ainda assim, avançou que foram feitas naquela unidade hospitalar, nomeadamente no Serviço de Urgência, “manobras de ressuscitação”, com vários profissionais de saúde envolvidos no processo de reanimação.*

(...)

*O Jornal de Notícias e a Sábado avançaram que **a família do bebé de Portalegre accionou o socorro pelas 9h33 de quinta-feira. Os bombeiros voluntários foram chamados depois de o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) ter indicado que a VMER do Hospital de Portalegre não estava operacional.***

(...)

*Os bombeiros tiveram que realizar manobras de suporte básico de vida **sem “ajuda diferenciada”**, conta ao Jornal de Notícias o comandante dos Voluntários, [PB].*

*À chegada da corporação, o bebé estava “em **paragem cardiorrespiratória**”. Sem uma equipa especializada, os dois bombeiros que estavam no local, com formação em suporte básico de vida, agiram “de acordo com o protocolo” e transportaram o bebé de oito dias na ambulância, até ao hospital, em manobras de reanimação. O óbito viria a ser declarado já no hospital. (...)”*

*– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Notícia publicada pelo jornal Público em 28 de janeiro de 2022, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.*

10. No âmbito do processo de avaliação n.º AV/005/2022, a ERS solicitou à ULS-NA os seguintes esclarecimentos:

*“(...) 1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação supra descrita forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*2. Descrevam todas as etapas percorridas pela criança na ULS-NA com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*3. Esclareçam se, de facto, a VMER esteve inoperacional na data e no período acima identificado, em particular aquando pedido de socorro formulado pelos pais da criança, e explicitem as razões dessa inoperacionalidade e, bem assim, as diligências encetadas a esse propósito, nomeadamente junto do CODU-INEM;*

*4. Remetam cópia de todo o processo clínico da utente relacionado com a situação supra descrita;*

5. Informem se encetaram algum procedimento interno para apuramento dos factos relatados, bem como as conclusões eventualmente alcançadas, juntando o suporte documental respetivo;

6. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. (...)” – Cfr. Ofício, datado de 28 de janeiro de 2022, remetido pela ERS à ULS-NA.

11. Em resposta ao solicitado, a ULS-NA pronunciou-se nos seguintes termos:

“(…) **Respostas às questões n.ºs 1 e 2**

(…)

A [ULS-NA] admitiu no serviço de urgência do [HJMG], no dia **27 de janeiro de 2022**, pelas **11h42m**, o **recém-nascido**, RN, com **6 dias de vida**, de nome **[GF]**, **transportado pelos bombeiros**.

O RN encontrava-se já em **paragem cardiorrespiratória, PCR**. De acordo com os registos clínicos foram iniciadas manobras de reanimação pela médica pediatra de serviço, bem como os procedimentos descritos no boletim clínico que se anexa, como Doc. n. °1.

A profissional médica que atendeu a criança, foi a pediatra, Dra. [MER], vinculada através de contrato de prestação de serviços, encontrando-se toda a informação solicitada no suporte documental que supra identificámos.

**Resposta à questão n.º 3**

**A VMER esteve inoperacional entre sensivelmente as 09h15m e as 15h30m do dia 27 de janeiro de 2022, devido à falta de profissionais médicos.**

**O CODU-INEM foi atempadamente informado**, como é usual nestas circunstâncias, pelos meios habituais, ou seja, através do rádio de ligação com status, em que quando é premido o botão 2, surge logo como inoperacional no CODU-INEM, bem como confirmada esta informação através de contato telefónico, para o caso de existir alguma falha e a mensagem não ser vista.

Para além destes procedimentos para com o CODU-INEM, **existe ainda um procedimento interno que é o registo no livro de ocorrências, que foi também efetuado para conhecimento dos profissionais de serviços**, como comprova o Doc. n.º 2.

O Conselho de Administração encontra-se a desenvolver as diligências tendentes ao recrutamento de profissionais médicos. Contudo, existe uma grande dificuldade em fixar profissionais nesta zona do País como amiúde tem sido referido.

#### **Resposta à questão n.º 4**

O registo clínico relacionado com a questão aqui em apreço, encontra-se na sua totalidade no Doc. n.º 1. A mãe da criança não acompanhou a gravidez na [ULS-NA] tendo apenas recorrido ao SU por diversas vezes, como comprovam os registos clínicos dos dias: 18-06-21; 19-07-2021; 14-10-2021; 19-11-2021; 03-01-2022 e 11-01-2022, Doc.s n.ºs 3 a 8.

#### **Resposta à questão n.º 5**

Logo que o Conselho de Administração teve conhecimento da ocorrência, **instaurou um processo de inquérito**, o qual se encontra a decorrer os seus trâmites.” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos documentos anexos) remetida, em 9 de fevereiro de 2022, pela ULS-NA à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

12. Efetivamente, em anexo à mencionada resposta, a ULS-NA remeteu ainda os seguintes documentos:

- Ficha do episódio de urgência relativa ao utente GF, importando destacar os seguintes trechos:

“(…) **Triagem**

Data/Hora da Triagem **27/01/2022 10:37:41**

(…)

Prioridade Clínica

**Emergente (Vermelho)**

(…)

Queixa: Trazido pelos **bombeiros** em PCR.

(…)

#### **Observações Médicas**

27-Jan-2022 11:42:06 Dr. [MER]

Registos realizados à posteriori

RN trazido pelos bombeiros em manobras de reanimação

Bombeiros contactados por pais por paragem cardio-respiratória de RN de 6 dias de vida

(…)

*Contactados bombeiros que chegarem ao local cerca de 10mn depois do telefonema.*

(...)

*RN em paragem - iniciadas manobres de reanimação no local por parte dos Srs bombeiros a transportado de imediato ao [HJMG] tendo o SU sido previamente avisado.*

(...)

27-Jan-2022 14:10:32 Dr. [MER]

(...)

**Declarada morte às 10.55h de 27/01/2022 (...)**

- Diário da VMER de 27 de janeiro de 2022, onde se pode ler a seguinte nota manuscrita:

*“27.01.2022 8h – 16h*

**Viatura INOP desde as 9h, falta de médico**

*Viatura OP às 15h40min”*

- Fichas dos episódios de urgência da utente AM, mãe de GF, mais precisamente nos dias 18 de junho, 19 de julho, 14 de outubro e 19 de novembro de 2021, bem como nos dias 3 e 11 de janeiro de 2022.

– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos documentos anexos) remetida, em 9 de fevereiro de 2022, pela ULS-NA à ERS.

13. Por outro lado, no âmbito dos presentes autos de inquérito, foram ainda solicitados os seguintes esclarecimentos complementares à ULS-NA:

*“(…) 1. Esclareçam se, prévia e posteriormente à situação acima descrita, a VMER se encontrou noutras ocasiões inoperacional, devendo, em caso afirmativo, ser indicados os respetivos períodos (data e hora) e a(s) razão(ões) que estiveram na origem dessa inoperacionalidade, esclarecimentos que deverão ser acompanhados de toda a documentação de suporte;*

*2. Informem em que fase se encontra o processo de inquérito, aberto pela ULS-NA, na sequência da situação supra descrita, solicitando-se o envio de cópia do mesmo, após a sua conclusão,*

3. Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. (...)” – Cfr. Ofício, datado de 24 de fevereiro de 2022, remetido pela ERS à ULS-NA.

14. Em resposta ao solicitado, a ULS-NA declarou o seguinte:

“(...) 1. **Remetemos as escalas da VMER do ano de 2021, com indicação dos períodos em que a mesma esteve inoperacional em virtude de carência de recursos humanos.**

2. O processo de inquérito aguarda o relatório do perito. Logo que o tenhamos concluído, será informada essa entidade.

3. Não possuímos por ora, quaisquer elementos adicionais relevantes para o caso em análise. A informação que possuíamos já foi oportunamente enviada. Salientamos que a utilização dos serviços da [ULS-NA] pela família em questão foram bastante escassos, conforme comprova a informação já enviada. (...)” – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Mensagem de correio eletrônico (e respetivos documentos anexos) remetida, em 6 de abril de 2022, pela ULS-NA à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

15. De facto, em anexo à referida comunicação, o prestador remeteu as escalas da VMER relativas ao ano de 2021 e, bem assim, dos meses de janeiro e fevereiro de 2022, constatando-se que, durante o referido hiato temporal, a mencionada VMER esteve inoperacional num total de **722 horas e 30 minutos, 60 das quais só durante o mês de janeiro de 2022.** – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Mensagem de correio eletrônico (e respetivos documentos anexos) remetida, em 6 de abril de 2022, pela ULS-NA à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

16. Subsequentemente, a ULS-NA remeteu ainda à ERS a “Ata n.º 26/2022, onde se encontra exarada a deliberação do Conselho de Administração relativa [ao processo de inquérito n.º 03/2022], bem como cópia do relatório final do referido processo”. – Cfr. Ofício (e respetivos anexos), datado de 1 de julho de 2022, remetido pela ULS-NA à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

17. Conforme se pode ler na referida Ata, o Conselho de Administração da ULS-NA “tomou conhecimento e deliberou concordar e aprovar as propostas da Instrutora, **arquivando** o presente processo de inquérito [n.º 03/2022] por **impossibilidade de estabelecer um nexo causal entre a inoperacionalidade da VMER e o desfecho que se verificou, sem prejuízo do processo ser reaberto, caso o relatório de autópsia, ou outro facto superveniente, o justifique**”. – Negrito e sublinhado nosso. - Cfr. Ofício (e respetivos anexos), datado de 1 de julho de 2022, remetido pela ULS-NA à ERS.



18. Relativamente ao relatório final do processo de inquérito aberto pela ULS-NA, importa destacar os seguintes trechos:

“(…)

## **II. DAS DILIGÊNCIAS INSTRUTÓRIAS**

(…)

1.2 Questionado o Coordenador da VMER, Dr. [HCSC] se de facto a VMER esteve inoperacional no dia 27.01.2022, pelas 09:33m, e explicitem as razões dessa inoperacionalidade, assim, como as diligências encetadas a esse propósito, designadamente junto do CODU- INEM, esclareceu:

**" 1 - A VMER de Portalegre esteve inoperacional entre as 09:15 e as 15.30 do dia 27 de Janeiro, período que coincide com a chamada ao CODU por parte dos pais da criança.**

2 – Quando o médico saiu do turno às 09:15, avisou o CODU que a VMER de Portalegre ficaria inoperacional.

3 - As razões dessa inoperacionalidade são multifactoriais e prendem-se com medidas tomadas pelo Conselho de Administração liderado pelo Dr. [JMR], em que **proibiu que os médicos de Medicina Geral e Familiar que cumpriam períodos na VMER no turno da manhã, o pudessem continuar a fazer.**

4- Tentando resolver as várias lacunas que então surgiram, propusemos a vários médicos hospitalares que fizessem o turno da manhã na VMER no período de descanso compensatório.

5- Durante vários meses esta solução funcionou, permitindo que praticamente não tivéssemos períodos de inoperacionalidade, até que fomos informados pelo Serviço de Recursos Humanos que esses pagamentos deixariam de ser realizados por não serem legais.

6- A Coordenação da VMER solicitou ao Conselho de Administração actual que revisse esta situação, sob pena de não ser possível colmatar as lacunas nos turnos da manhã.

7- Fomos posteriormente informados que, tendo solicitado um parecer jurídico sobre o pagamento a médicos em período de descanso compensatório, o mesmo terá sido negativo. Consequentemente os médicos deixariam de receber nesse período e **voltámos a ter muitos turnos da manhã inoperacionais.**

8- Finalmente, no sentido de contratar médicos externos para colmatar essas falhas, propusemos o aumento do preço hora a pagar (**a VMER de Portalegre é das que paga um preço/hora mais baixo no território nacional**). Ainda aguardamos a resposta a esta nossa pretensão.

9- Se somarmos o facto de a VMER não ter um corpo clínico próprio e depender de médicos que têm outras actividades assistenciais e que têm de dar resposta a processos de vacinação e de assistência a doentes COVID por exemplo, **torna-se muito difícil preencher os turnos da manhã**.

(...)

### **III. RELATÓRIO PERICIAL**

Foi facultado ao médico-perito, Dr. [JMUG], cópia do registo do episódio de urgência nº (...) do Sistema SAM e cópia do auto de inquirição do Sr. Bombeiro [RJBR], tendo o mesmo, com base nesses elementos, concluído, como a seguir se transcreve:

"A partir da análise do processo clínico do RN [GF], fornecido pela Exma. Dra. [MM], instrutora do Processo de inquérito nº 03/2022, é possível extrair em referência aos factos acontecidos no [HJMG]:

- 1.- Que à chegada da ambulância dos BV ao domicílio do RN, este estava cianosado e amarelo, com respiração agónica, sendo que o Sr. Bombeiro [RR] já só deu por o bebé respirar duas vezes.
- 2- Que quando entraram na ambulância, o RN entrou em paragem cardio-respiratória, tendo iniciado de imediato manobras de reanimação por parte do Sr. Bombeiro [RR].
- 3.- Que o RN no caminho ainda largou vómito, tendo existido necessidade de aspiração, devido às compressões, demorando apenas de 5 minutos a chegar ao [HJMG], tendo o Sr. Bombeiro [RR] vindo sempre com a criança a fazer as manobras.
- 4.- Que a sua chegada ao [HJMG] o RN [GF] encontrava-se em PCR de duração indeterminada, embora estavam a ser realizadas manobras de RCP básica pelos Srs. Bombeiros.
- 5- Que a partir do momento em que o RN [GF] entra no Serviço de Urgência do Hospital de Portalegre, são realizadas as manobras de RCP avançadas conforme corresponde às boas práticas clínicas nestas situações (manobras físicas, assecuração da via aérea, administração de volume e medicação endovenosa).

6.- Que o tempo de manutenção das medidas de RCP (55 minutos) não só foi o correto embora foi mais além do recomendado nas guidelines clínicas."

Por todo isto, **considero que durante a assistência e transporte do RN assim como no episódio de Urgência no [HJMG] (dia 22 de fevereiro de 2022), a assistência e a atuação clínica realizada ao RN [GF] se encontra dentro das boas leges artix"** (fls. 6 e 7);

Em referência à pergunta realizada pela Ex.ma instrutora do processo em causa, Dra. [MM], a qual reflito literalmente; **"Se os meios de emergência pré-hospitalar estivessem disponíveis o desfecho poderia ter sido outro?"** a este perito apenas cabe dizer que a medicina é uma arte de meios e não de resultados. O resultado, mesmo de ter tido uma assistência mais especializada, nunca poderia ser assegurado cento por cento, logo que seria apenas uma elucubração. Embora **é certo que quanto maior é a especialização na assistência em situações de emergência, como é a que estamos a analisar, as probabilidades de ter sucesso aumentam, e provavelmente uma entubação oro traqueal do RN juntamente com a administração de medicação endovenosa adequada, poderiam ter dado como resultado a reversão da situação de PCR."**

#### IV. CONCLUSÕES:

Dada a especificidade técnica em causa, reproduzem-se aqui as conclusões do relatório pericial elaborado pelo perito médico nomeado, Dr. [JMUG], que conclui, em suma:

1. "a assistência e a atuação clínica realizada ao RN [GF] se encontra dentro das boas leges artix"
2. "O resultado, mesmo de ter tido uma assistência mais especializada, nunca poderia ser assegurado cento por cento logo que seria apenas uma elucubração. Embora é certo que quanto maior é a especialização na assistência em situações de emergência, como é a que estamos a analisar, as probabilidades de ter sucesso aumentam, e provavelmente uma intubação oro traqueal do RN juntamente com a administração de medicação endovenosa adequada, poderiam ter dado como resultado a reversão da situação de PCR."
3. Em face das conclusões supra citadas, **não só não se pode estabelecer nexo causal entre a assistência e a atuação clínica realizada ao RN [GF] no [HJMG] e o desfecho morte, como não se pode estabelecer nexo causal entre a inoperacionalidade da VMER e o desfecho morte, porquanto no que a este particular respeita, ficou por demonstrar que teria sido possível recuperar o doente, caso tivessem sido enviados meios diferenciados,** pelo que se propõe o arquivamento do presente processo, sem

*prejuízo da eventual reabertura do mesmo, sempre e quando o resultado aguardado da autópsia justifique tal reabertura.” – Cfr. Ofício (e respetivos anexos), datado de 1 de julho de 2022, remetido pela ULS-NA à ERS.*

19. Finalmente, no âmbito dos presentes autos de inquérito, foram ainda solicitados os seguintes esclarecimentos ao INEM-CODU:

*“(…)1. Pronúncia, específica e detalhada, sobre todos os factos atinentes à situação supra descrita;*

*2. Informem se:*

*a. A ULS-NA, no dia 27 de janeiro de 2022, informou o CODU-INEM da inoperacionalidade da VMRE, solicitando-se, em caso afirmativo, indicação de data, hora e profissional responsável pela comunicação, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

*b. Se é do conhecimento do CODU-INEM a existência de outros períodos em que a referida VMRE se encontrou inoperacional, solicitando-se, em caso afirmativo, a indicação dos respetivos períodos (data e hora) e a(s) razão(ões) que estiveram na origem dessa inoperacionalidade, esclarecimentos que deverão ser acompanhados de toda a documentação de suporte;*

*c. No referido dia 27 de janeiro de 2022, o CODU-INEM recebeu algum pedido de acionamento dos meios de socorro a propósito da situação do utente [GF], solicitando-se, em caso afirmativo, a descrição detalhada dos ulteriores trâmites;*

*3. Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. (...)” – Cfr. Ofício, datado de 24 de fevereiro de 2022, remetido pela ERS ao INEM-CODU.*

20. Em resposta ao solicitado, o INEM-CODU pronunciou-se nos seguintes termos:

*“(…) Ponto 1:*

*No dia **27/01/2022**, pelas **09:29:56**, foi atendida no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM uma **chamada de emergência** efetuada via 112, que deu origem à ocorrência CODU n.º (...), cuja cópia aqui se junta como Doc. 1 para melhor esclarecimento.*

*Após a localização da ocorrência pelo Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) em funções de atendimento, foi efetuada a devida triagem, que culminou na atribuição da **prioridade máxima, a Prioridade 1 (P1), que preconiza o envio de meio de suporte***

**avançado de vida e meio de suporte básico de vida** e prestado o devido aconselhamento até à chegada dos meios de emergência pré-hospitalar.

Em simultâneo, foi verificado no momento do acionamento do meio de suporte avançado de vida recomendado pelo plano de resposta, que **a Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Hospital (VMER) de Portalegre se encontrava inoperacional**, conforme registo efetuado na respetiva cronologia às **09:32:45 - “NOTA OCORRÊNCIA - VMER PORTALEGRE INOP”**.

Seguidamente, às **09:33:17**, foi acionada pelo **CODU** para o local da ocorrência a ambulância de socorro dos **Bombeiros Voluntários de Portalegre**, ao abrigo do Protocolo celebrado entre o INEM e a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Portalegre, para constituição de um Posto de Emergência Médica (Cf. Doc. 2);

De facto, dos registos efetuados apurou-se que **a VMER de Portalegre esteve indisponível para acionamento, desde as 09h00m, até às 15h31m, do referido dia, por falta de médico, por indicação do centro hospitalar em que a VMER está sediada, dada via telefone e via rádio SIRESP, através do envio do status “INOP”, encontrando-se assim impossibilitado o seu acionamento pelo CODU do INEM durante aquele período.**

No decorrer da ocorrência, pelas **09:33:58**, foi recebida no CODU nova chamada efetuada pela tripulação da ambulância a partir do local da ocorrência, tendo informado o CODU que se tratava de uma situação de **paragem cardio-respiratória presenciada**, pelo que, foi percorrido novo fluxo de triagem e dado conhecimento ao CAPIC do INEM.

Perante a informação recebida, foi verificado que a situação de inoperacionalidade da VMER de Portalegre, pelas **09:49:28**, se mantinha e que, **“TODAS AS SIV + PROXIMAS ESTÃO A 60KM OU MAIS”**, conforme registado na cronologia em apreço.

#### Ponto 2:

Alínea a) – As situações de operacionalidade/inoperacionalidade dos meios de suporte avançado de vida, neste caso, da VMER de Portalegre, são comunicadas ao CODU do INEM, via telefone e/ou via rádio SIRESP através do envio de status de “INOP”, **o que se verificou, no dia 27/01/2022, às 09h00m, e às 15h31m, por chamada telefónica efetuada pela tripulação da VMER de Portalegre para o CODU.**

Alínea b) – **No mês de janeiro de 2022, a VMER de Portalegre esteve inoperacional por falta de tripulação num total de 59h48m.**

*Alínea c) – Questão respondida no Ponto 1. Acrescenta-se que, apenas a posteriori tem o INEM acesso aos dados de identificação da vítima assistida pela tripulação da ambulância, através da consulta do Verbetes Nacional de Socorro. (...)* – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos documentos anexos) remetida, em 24 de março de 2022, pelo INEM-CODU à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

21. Em anexo à mencionada comunicação, foram ainda remetidos os seguintes documentos:

- Ficha de ocorrência relativa ao utente GF (cujo teor confirma a factualidade transmitida pelo CODU-INEM na sua comunicação);
- Cópia do Protocolo celebrado entre o INEM e a Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de Portalegre para a constituição de um Posto de Emergência Médica.

– Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos documentos anexos) remetida, em 24 de março de 2022, pelo INEM-CODU à ERS.

### **III. DO DIREITO**

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

22. 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*”.

23. 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).*

24. Resulta, pois, inequívoco que a ULS-NA 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.
25. 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)).
26. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
27. 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”*.
28. 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)).
29. 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)).*

30. 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)).
31. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
32. 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”.
33. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa sinalizar que, nos termos do disposto no artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea ii (1.ª parte), “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 1000 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1500 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: (...) [a] violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde: (...) [a] violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde (...)”.

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

34. 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).

35. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (alínea a)) e “[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (alínea d)).
36. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que “[o] direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (n.º2).
37. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).
38. 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).
39. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial 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.

40. Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que “[s]ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses”.<sup>1</sup>
41. 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.
42. 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.
43. Ora, a ULS-NA é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde integrado no SNS (artigo 3.º, n.º 1, alínea b do novo estatuto do SNS), pelo que a sua atuação se encontra vinculada àquelas notas caracterizadoras, no que concerne nomeadamente à integração, à

---

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

qualidade e à proximidade dos cuidados de saúde prestados (alíneas d), f) e g) do n.º 2 da Base 20 da LBS).

### **III. 3. Do sistema de resposta de urgência e emergência pré-hospitalar**

44. O Despacho do Ministro da Saúde n.º 18459/2006, de 12 de setembro veio definir “as características da rede de serviços de urgência, bem como os níveis de resposta que a integram, pelas quais se deve reger a determinação dos pontos de referência que a compõem”.

45. Assim, o n.º 2 do mencionado despacho clarifica que se entende por:

- “*“Emergência e urgência médica” a situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais*” (alínea a));
- “*“Rede de serviços de urgência” a rede que integra três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber: urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica*” (alínea b));
- “*“Serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC)’ o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, como valor indicativo, dentro das áreas de influência/atração respectivas, os trajectos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital. Ainda como valor indicativo, a valorizar nos diferentes contextos, este serviço deve distar mais de sessenta minutos de outro serviço de urgência do nível médico-cirúrgico ou polivalente (sendo, contudo, admissível a existência de mais de um serviço de urgência médico-cirúrgico num raio de demora inferior ao citado nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200 000 habitantes) e dispor dos seguintes recursos:*

*Humanos - equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respectiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU;*

*Das valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo - medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório (vinte e*

*quatro horas), imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, TAC), patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, vinte e quatro horas);*

*O apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia (com diálise para situações agudas) e medicina intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente) ao serviço de urgência deve fazer-se de acordo com o definido nas respectivas redes de referência. Nos locais onde exista mais de um serviço de urgência com as referidas especialidades, pode, à excepção da medicina intensiva, em períodos de menor casuística da efectiva procura e necessidade, ser assegurado o atendimento urgente com recurso à rentabilização e centralização de recursos humanos e valências médicas num número menor de serviços de urgência;" (alínea d), na redação introduzida pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º 727/2007, de 15 de janeiro);*

46. Acrescenta, por seu turno, o n.º 3 do referido despacho que “[o]s pontos de referência que integram a rede de serviços de urgência serão determinados por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta da Direcção-Geral da Saúde, a qual terá em conta as necessidades efectivas das populações, as idiosincrasias geográficas e as diversas condições de acessibilidades regionais identificadas pelas administrações regionais de saúde”.

47. Inicialmente, os mencionados pontos de referência constavam do Despacho do Ministro da Saúde n.º 5414/2008, de 28 de fevereiro, o qual viria a ser revogado pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º 13427/2015, de 20 de novembro, alterado, por sua vez, pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º 10438/2016, de 19 de agosto.

48. Com efeito, o Despacho do Ministro da Saúde n.º 13427/2015, de 20 de novembro veio definir e classificar “os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência” (n.º 1), os quais se encontram identificados no anexo ao referido Despacho.

49. Ora, de acordo com a informação constante daquele anexo, o HJMG, integrado na ULS-NA, constitui um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SMUC).

Isto posto,

50. O Despacho do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 11 de agosto veio determinar a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), tendo ainda estabelecido padrões mínimos relativos à sua estrutura,

recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação (artigo 1.º).

51. Assim, dispõe o seu artigo 2.º que “[a] Rede de SU integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: “[s]erviço de Urgência Básico (SUB)” [alínea a)]; “[s]erviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)” [alínea b)]; “[s]erviço de Urgência Polivalente (SUP)” [alínea c)];
52. No que especificamente diz respeito ao SUMC, o artigo 4.º deste Despacho clarifica que o mesmo “é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência” (n.º 1).
53. No n.º 6 do mesmo preceito, adverte-se que “[o] SUMC deve dispor dos seguintes recursos:
- 6.1. Recursos humanos: Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU;
- 6.2. Valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: (...)
- b) Pediatria; (...)
- 6.8. **O SUMC tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte, nos termos do disposto no Despacho nº 5561/2014, de 11 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, não podendo ser posta em causa a operacionalidade do meio VMER, nem haver atraso na sua ativação, sendo esta da exclusiva responsabilidade do CODU do INEM.** – Negrito e sublinhado nosso.
54. Por outro lado, o artigo 8.º do Despacho ora em apreciação dispõe que “[o] atendimento urgente a crianças deve estar disponível em SUB, SUMC, SUP e em Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP)” (n.º 1), sendo “consideradas crianças todos os utentes até aos 17 anos e 364 dias de vida” (n.º 2).

55. A título complementar, o artigo 10.º do Despacho do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 11 de agosto sublinha que “[n]os SUMC (...) o atendimento a crianças é da responsabilidade de Urgências Pediátricas que devem ter instalações autónomas” (n.º 1), devendo “existir Urgência Pediátrica em todos os hospitais com SUMC (...) em que haja um Serviço de Pediatria” (n.º 2).
56. Ademais, “[o] atendimento em Urgências Pediátricas deve abranger todos as crianças independentemente da patologia apresentada, exceto as situações inerentes ou consequentes à gravidez que devem ser atendidas nos serviços de urgência obstétrica, a serem objeto de regulamentação própria” (n.º 4).
57. Neste sentido, as Urgências Pediátricas devem:
- “[F]uncionar como primeiro ponto de atendimento pediátrico especializado na Rede, sendo para estas urgências que deve ser efetuado o transporte primário de crianças identificadas pela Coordenação da Emergência pré-hospitalar como situações urgentes e emergentes, com base numa lógica de proximidade e organização regional” (n.º 5);
  - “[E]star dotadas de canais de comunicação, ágeis e permanentemente disponíveis, com os SUB e CSP da área, bem como com os serviços para os quais referenciam, nomeadamente Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e outras áreas de especialidade, tais como Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, e outras. A referenciação para estas Unidades, via transporte inter-hospitalar pediátrico, deve ser protocolada regionalmente e coordenada pelo INEM” (n.º 6)
58. Em matéria de recursos, o n.º 7 do artigo 10.º sinaliza que as Urgências Pediátricas devem dispor do seguinte:
- “a) Recursos Humanos: As urgências pediátricas de hospitais com SUMC ou SUP devem dispor da presença física permanente de pelo menos dois pediatras, um dos quais com formação em suporte avançado de vida pediátrico. Nos hospitais com SUMC as crianças com patologia cirúrgica devem ser observados pelos especialistas que prestem cuidados na urgência de adultos, devendo ser protocolado a referenciação de situações clínicas que devam ser transferidas para um SUP Pediátrico. A dimensão e a organização da equipa de Urgência Pediátrica devem estar ajustadas às necessidades ditadas pela casuística local. Os Médicos e os Enfermeiros das equipas de Urgência Pediátrica devem dispor da formação prevista no artigo 21º. É recomendada a constituição de equipas dedicadas à Urgência Pediátrica, pelo menos nos períodos do dia de maior procura;

*b) Equipamentos: Para além da disponibilidade dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica definidos para os SUMC ou SUP, as Urgências Pediátricas devem dispor de todos os equipamentos específicos da idade pediátrica necessários à abordagem avançada da criança gravemente doente, traumatizada ou em paragem cardíaca;*

*c) Instalações: As Urgências Pediátricas de Hospitais com SUMC ou SUP devem funcionar em áreas específicas para o atendimento em idade pediátrica, fisicamente independentes das áreas de atendimento de adultos. Estas áreas devem englobar a admissão e áreas de espera. Todo o atendimento clínico a crianças (incluindo o de foro ortopédico, cirúrgico e de outras especialidades de apoio) deve ser efetuado em áreas específicas, exclusivamente pediátricas. Devem existir nestas urgências áreas adequadas a funcionar como salas de observação ou internamento de curta duração, com capacidade adequada à casuística de cada serviço. Os Serviços de Pediatria dos Hospitais com Urgências Pediátricas devem garantir as condições necessárias para o internamento subsequente das crianças admitidas pela urgência.”*

59. Noutra ordem de considerações, o n.º 1 do artigo 18.º estabelece que “[t]odos os utentes em situações de urgência e/ou emergência de foro de saúde devem procurar a entrada no SIEM e nos diferentes serviços que o sistema nacional de saúde disponibiliza para abordagem e tratamento de situações agudas, urgentes ou emergentes, através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento de doentes disponibilizados, nomeadamente os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, e a Linha Saúde 24, da Direção-Geral da Saúde”.
60. Com efeito, “[o] acesso aos CODU faz-se, obrigatoriamente, através de uma chamada de emergência, via número europeu de emergência (112) e deve ser utilizada sempre que a situação seja, aparentemente, uma emergência médica. Nos CODU será realizada a triagem telefónica de emergência médica, com definição das prioridades da situação, o aconselhamento médico, o acionamento de meios de emergência, se e quando necessários, e a orientação dos doentes na Rede de SU, redes de referência específicas de urgência e Vias Verdes existentes, conforme Despacho nº14041/2012, de 29 outubro e, quando apropriado, a passagem à Linha Saúde 24” (n.º 2).
61. Estatui ainda o n.º 4 do supracitado artigo 18.º que “[o]s SU devem criar e implementar sistemas de receção e fácil consulta da informação proveniente destas centrais, integrando-as nos seus processos clínicos individuais, bem como organizar e implementar sistemas expeditos de resposta aos doentes encaminhados por estes dois sistemas, respeitando as especificidades de cada um e atendendo à urgência relativa dos doentes”.

62. O artigo 19.º, por seu turno, define a Rede de Referência de Urgência e Emergência como *“o mapa das estruturas, dos recursos e das valências, das relações de complementaridade, hierarquização e de apoio técnico, dos circuitos e das condições de articulação e de referência entre unidades do sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, constituindo estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar”* (n.º 1).
63. Assim, a Rede de Referência de Urgência e Emergência *“deve incluir as relações entre os sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência e as unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários ou Hospitalares sem Serviço de Urgência”* (n.º 2).
64. Por ser assim constituem objetivos da Rede de Referência de Urgência e Emergência, entre outros, *“[g]arantir a acessibilidade aos diferentes Pontos de Rede, nos tempos de trajeto indicativos e objetivos alvo definidos para o efeito”* (alínea a)) e *“[e]ncaminhar o doente para o Ponto de Rede mais próximo e adequado à sua situação clínica (não necessariamente o de maior proximidade)”* (alínea b)).
65. Uma nota final para ressaltar que, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 21.º do Despacho ora em apreciação, é estabelecido que *“[o] Conselho de Administração Hospitalar deve possuir uma política institucional, plasmada no seu Plano e Relatório de Atividades, que promova o SU como Serviço de Ação Médica, incluindo como objetivos: (...) [a] constituição preferencial do SU por equipas de profissionais de saúde dedicados à Urgência, ou seja, profissionais que trabalham na sua totalidade ou maioritariamente apenas no SU, sobretudo nos períodos do dia de maior procura, no cumprimento do Despacho nº 47/SEAS/2006”*.

#### **III.4. Dos direitos do utente dos serviços de saúde: acesso e adequação dos cuidados de saúde**

66. 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”*.
67. 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.

68. 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.
69. 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.
70. 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*”.
71. 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).
72. 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.
73. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, temporal e qualitativa.
74. 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.
75. 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).

76. 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.

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

78. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS no âmbito dos presentes autos de inquérito, foi possível apurar a seguinte factualidade:

- a) No dia 27 de janeiro de 2022, entre sensivelmente as 9h e as 15h 40min, a VMER adstrita ao SUMC do HJMG, integrado na ULS-NA, esteve inoperacional devido à falta de profissionais médicos;
- b) A referida inoperacionalidade foi previamente comunicada ao INEM-CODU por telefone e através do rádio SIRESP, tendo também sido registada no livro de ocorrências do HJMG para conhecimento dos profissionais da referida instituição hospitalar;
- c) No referido dia 27 de janeiro de 2022, pelas 09h 29min, os pais de GF, recém-nascido à data com 6 dias de vida, através da linha telefónica de emergência 112, solicitaram ao INEM o acionamento e encaminhamento dos meios de socorro para a sua residência, uma vez que o seu filho se encontrava cianosado e amarelo, com respiração agónica;
- d) Após a localização da ocorrência pelo Técnico de Emergência Pré-Hospitalar em funções de atendimento, o INEM-CODU efetuou a triagem do utente, que culminou na atribuição da prioridade máxima, a Prioridade 1 (P1) - a qual preconiza o envio de meio de suporte avançado de vida e meio de suporte básico de vida - e prestou o devido aconselhamento até à chegada dos meios de emergência pré-hospitalar;
- e) Ato contínuo, no momento do acionamento do meio de suporte avançado de vida recomendado pelo plano de resposta, o INEM-CODU constatou que a VMER adstrita ao SUMC do HJMG estava inoperacional, nos termos e pelas razões descritos em a);

- f) Subsequentemente, mais precisamente pelas 09h 33min, o INEM-CODU acionou para o local da ocorrência a ambulância de socorro dos Bombeiros Voluntários de Portalegre, o que fez ao abrigo do Protocolo celebrado entre o INEM e a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Portalegre, para constituição de um Posto de Emergência Médica;
- g) De seguida, pelas 09h 33min, o INEM-CODU recebeu uma chamada da tripulação da ambulância a partir do local da ocorrência, tendo sido relatado que se tratava de uma situação de paragem cardiorrespiratória presenciada, pelo que foi percorrido novo fluxo de triagem e dado conhecimento ao CAPIC do INEM;
- h) Uma vez que, pelas 09h 49min do mencionado dia 27 de janeiro de 2022, a VMER adstrita ao SUMC do HJMG permanecia inoperacional, a referida corporação de bombeiros encaminhou GF para o HJMG;
- i) Durante o percurso, foram realizadas manobras de reanimação, tendo o recém-nascido largado vômito, o qual foi prontamente aspirado;
- j) Após a admissão no HJMG, GF foi aí triado pelas 10h 37min, tendo-lhe sido atribuída a prioridade clínica emergente (vermelho);
- k) GF foi acompanhado pela pediatra de serviço no HJMG, Dra. MER, tendo sido realizadas manobras de RCP avançadas, nomeadamente manobras físicas, assecuração da via aérea, administração de volume e medicação endovenosa;
- l) Não obstante, a morte de GF foi declarada às 10h 55min do dia 27 de janeiro de 2022;
- m) Na sequência da ocorrência dos factos supra descritos, a ULS-NA procedeu à abertura do processo de inquérito n.º 03/2022, o qual culminou com a decisão de arquivamento, por impossibilidade de estabelecer umnexo causal entre a inoperacionalidade da VMER e o desfecho que se verificou, sem prejuízo do processo ser reaberto, caso o relatório de autópsia de GF, ou outro facto superveniente, o justifique;
- n) No âmbito do processo de inquérito identificado em m), o médico-perito consultado, após consultada cópia do registo do episódio de urgência respetivo, do Sistema SAM e da cópia do auto de inquirição do Bombeiro RJBR, concluiu o seguinte:

- Quer durante a assistência e transporte do recém-nascido, quer no decurso do episódio de Urgência no HJMG, a assistência e a atuação clínica realizada se encontra dentro das boas *leges artis*;
- Numa situação de emergência como a de GF, as probabilidades de sucesso aumentam quanto maior é a especialização na assistência;
- Pese embora a medicina seja uma arte de meios e não de resultados, provavelmente uma entubação oro traqueal do recém-nascido juntamente com a administração de medicação endovenosa adequada, poderiam ter dado como resultado a reversão da situação de PCR;

o) Entre janeiro de 2021 e fevereiro de 2022, a VMER adstrita ao SUMC do HJMG esteve inoperacional num total de 722 horas e 30 minutos, 60 das quais só durante o mês de janeiro de 2022.

79. Conforme atrás se sinalizou, o anexo do Despacho do Ministro da Saúde n.º 13427/2015, de 20 de novembro clarifica que o HJMG, integrado na ULS-NA, dispõe de um SMUC, que corresponde ao “segundo nível de acolhimento das situações de urgência”, razão pela qual deve ser dotado de “*equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respectiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU*” (alínea d) do Despacho do Ministro da Saúde n.º 18459/2006, de 12 de setembro, na redação introduzida pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º 727/2007, de 15 de janeiro; e artigo 4.º, n.º 6.1 do Despacho do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

80. Além disso, o n.º 6.8 do mencionado artigo 4.º do Despacho do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 11 de agosto, determina que “**[o] SUMC tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte, nos termos do disposto no Despacho nº 5561/2014, de 11 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, não podendo ser posta em causa a operacionalidade do meio VMER, nem haver atraso na sua ativação, sendo esta da exclusiva responsabilidade do CODU do INEM.**” – Negrito e sublinhado nosso.

81. Ora, na situação em apreço, verificou-se que a VMER adstrita ao SUMC do HJMG esteve inoperacional entre sensivelmente as 9h e as 15h 40min do dia 27 de janeiro de 2022, o que

inviabilizou o seu acionamento e a sua ativação para socorrer, assistir e encaminhar GF para o HJMG, bem como qualquer outro utente.

82. Aliás, de acordo com a informação facultada pela própria ULS-NA, logrou-se apurar que a referida VMER, entre janeiro de 2021 e fevereiro de 2022, esteve inoperacional num total de 722 horas e 30 minutos, 60 das quais só durante o mês de janeiro de 2022.

Aqui chegados,

83. A necessidade de garantir a operacionalidade da VMER, que assegure, para além do mais, a atividade pré-hospitalar, consubstancia o desenvolvimento prático de três notas caracterizadoras fundamentais do SNS, como sejam a:

- “[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) do n.º 2 da Base 20 da LBS);
- “[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) do n.º 2 da Base 20 da LBS);
- “[P]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g) do n.º 2 da Base 20 da LBS);

84. Integração, qualidade e proximidade que a ULS-NA e, bem assim, as unidades hospitalares de que é responsável, estão obrigados a salvaguardar, enquanto estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS.

85. Acontece que, no âmbito dos presentes autos, foram trazidas ao conhecimento da ERS múltiplas razões que estarão, alegadamente, na origem daqueles hiatos temporais de inoperacionalidade da VMER adstrita ao SUMC do HJMG.

86. Por um lado, foram invocadas razões que contendem com a política nacional de saúde e a gestão de recursos (dificuldades na fixação de médicos na zona de influência da ULS-NA, o que, segundo alegado, se repercute nos respetivos processos de recrutamento).

87. A este propósito faz-se notar que, sendo missão do Ministério da Saúde (MS) precisamente “definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados” (artigo 1.º da Lei Orgânica do MS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro), competirá à ERS levar ao conhecimento do MS o teor da deliberação final a proferir nos presentes autos.

88. Por outro lado, foram alegadas razões que se prendem, essencialmente, com a gestão hospitalar de recursos, como sejam:
- Constrangimentos decorrentes da crise pandémica, o que terá condicionado o preenchimento das escalas da VMER;
  - A proibição, imposta pelo Conselho de Administração de médicos de Medicina Geral e Familiar cumprirem os períodos na VMER no turno da manhã;
  - A impossibilidade de médicos hospitalares realizarem o turno da manhã na VMER, mais precisamente no período de descanso compensatório, uma vez que os respetivos pagamentos terão sido considerados ilegais;
  - O valor pago por hora pago aos profissionais que asseguram a operacionalidade VMER adstrita ao HJMG, que, alegadamente, será o mais baixo a nível nacional.
89. Obviamente, não se fará, nos presentes autos de inquérito, uma avaliação sobre o mérito das concretas opções de gestão hospitalar da ULS-NA, vincando-se, contudo, que, independentemente do tipo, da natureza e do alcance de tais opções, o prestador deverá garantir, como é sua obrigação legal, a operacionalidade da VMER adstrita ao HJMG.
90. Aliás, regista-se que, no mês de fevereiro de 2022, isto é, imediatamente após a ocorrência do caso em apreciação nos presentes autos, verificou-se uma quebra significativa do período de inoperacionalidade daquela VMER, passando-se de uma situação de 60 horas de inoperacionalidade (janeiro de 2022) para uma situação de 9 horas de inoperacionalidade.
91. Em suma, não tendo garantido a operacionalidade da VMER adstrita ao SUMC do HJMG, a ULS-NA violou o disposto no n.º 6.8 do mencionado artigo 4.º do Despacho do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 11 de agosto, uma norma, ressalve-se, que visa garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, pelo que, além da emissão da instrução adiante enunciada, deverá ser determinada, a final, a abertura do respetivo processo contraordenacional (artigo 61.º, n.º 2, alínea b), subalínea ii), 1.ª parte).
92. Acresce que a inoperacionalidade daquela VMER se repercutiu, igualmente, na adequação e qualidade dos próprios cuidados de saúde prestados ao utente GF.
93. Na verdade, apesar de referir que, *in casu*, foram salvaguardadas as *leges artis* quer durante a assistência e transporte do recém-nascido, quer no decurso do episódio de Urgência no HJMG, o médico-perito consultado pela ULS-NA no âmbito do processo de

- inquérito n.º 03/2022, afirmou que numa situação de emergência como esta, as probabilidades de sucesso aumentam quanto maior é a “*especialização na assistência*”.
94. Donde, tendo por base tal afirmação, é legítima a conclusão, segundo a qual as probabilidades de sucesso na assistência de GF seriam maiores com o auxílio diferenciado da VMER (e do médico e restante equipa clínica que nela seguissem), tanto mais que o referido médico-perito, de modo lapidar, acrescentou que “*provavelmente uma entubação oro traqueal do RN juntamente com a administração de medicação endovenosa adequada, poderiam ter dado como resultado a reversão da situação de PCR*”.
95. É, pois, com respaldo no entendimento do referido médico-perito, Dr. JMUG, que se considera que não foi salvaguardado o direito de GF a uma prestação de cuidados adequada à sua situação e de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (alínea b) do n.º 1 da Base 2 da LBS e artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).
96. Todavia, adverte-se que, nos presentes autos de inquérito, o que está em causa é a avaliação sobre o incumprimento, por parte da ULS-NA, de uma **obrigação (legal) de meios**, isto é, assegurar a operacionalidade da VMER adstrita à SMUC do HJMG e, por essa via, uma prestação de cuidados (diferenciada e) adequada a um utente em situação de emergência, GF.
97. Questão distinta é a de saber e apurar, em concreto, se a situação de PCR poderia ser revertida se ao utente tivesse sido assegurada a tal prestação de cuidados adequada à sua situação, nomeadamente através da “*entubação oro traqueal (...) juntamente com a administração de medicação endovenosa adequada*”.
98. Neste sentido, considerando as consequências disciplinares e penais que a **eventual** existência desse nexos causal poderá implicar, deverá ser levado ao conhecimento da Ordem dos Médicos e do Ministério Público o teor da deliberação final a proferir nos presentes autos.

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

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

100. Todavia, decorrido o prazo legal concedido para o efeito, a ERS não rececionou qualquer pronúncia escrita dos interessados.

101. Neste sentido, considerando que, em sede audiência dos interessados, não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, deve o seu conteúdo ser mantido na íntegra.

## V. DECISÃO

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

- (i) Garantir, em permanência, o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, em conformidade com o disposto na Base 2, n.º 1, alínea b) da LBS e o artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Assegurar, em permanência, a operacionalidade da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) adstrita ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital Dr. José Maria Grande, ou de qualquer outra VMER cuja operacionalidade deva, nos termos da lei, ser garantida pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, em conformidade com o disposto no n.º 6.8 do mencionado artigo 4.º do Despacho do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 11 de agosto e nas alíneas d), f) e g) do n.º 2 da Base 20 da LBS;
- (iii) Adotar procedimentos e/ou normas internas aptas a garantir o cumprimento do disposto em (i) e (ii);
- (iv) Garantir, em permanência, que os procedimentos e/os normas descritos em (iii) 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;

103. 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.*

104. A presente deliberação será levada ao conhecimento do Ministério da Saúde, da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, da Ordem dos Médicos e do Ministério Público.

105. 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, 13 de abril de 2023.



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

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2023

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

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