

**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/020/2023;

**I. DO PROCESSO**

**I.1. Origem do processo**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 19 de maio de 2022, da reclamação subscrita por SS, visando a atuação do Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, E.P.E. (HSOG), entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 18000.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuído o número REC/47552/2022, a exponente alega que, no dia 15 de março de 2022, o utente AO, seu avô, deu

entrada no serviço de urgência do HSOG, tendo a família sido inicialmente informada de que o utente seria internado.

3. No entanto, durante a madrugada, ligaram à família a solicitar consentimento para o utente ser transferido para o Hospital Narciso Ferreira (Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave), para internamento. Ainda de acordo com a reclamação, *“Por volta das 6h da manhã recebe um novo telefonema a informar que o Sr. [A] será transferido para o hospital de Famalicão [H. S. João Deus, E.P.E. – estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA), entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 18531]. [...] Dado isto o doente foi transferido para o hospital de Famalicão onde se encontra encostado no serviço de urgência. Não existe vaga no internamento em Famalicão, mas mesmo assim foi transferido para lá.”*
4. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 24 de fevereiro de 2023, à abertura do presente processo de inquérito.

## **I.2. Diligências**

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do HSOG, constatando-se que o mesmo é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 18000;
  - (ii) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do H. S. João Deus, E.P.E., constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra o CHMA, entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 18531;
  - (iii) Notificação da abertura do processo de inquérito à reclamante SS, concretizada através de ofício datado de 27 de fevereiro de 2023;
  - (iv) Notificação da abertura de processo de inquérito ao HSOG (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 27 de fevereiro de 2023, e receção da respetiva resposta no dia 28 de março de 2023;

- (v) Notificação da abertura de processo de inquérito ao CHMA (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 27 de fevereiro de 2023 e receção da respetiva resposta no dia 24 de março de 2023;
- (vi) Pedido de elementos adiciona ao CHMA, concretizada através de comunicação eletrónica de 6 de abril de 2023 e receção da respetiva resposta no dia 14 de abril de 2023.

## **II. DOS FACTOS**

6. No dia 16 de março de 2022, a reclamante SS redigiu no livro de reclamações do HSOG a exposição que infra se transcreve:

*“No dia 15 de março, o meu avô, [AO] veio ao serviço num episódio de urgência e foi admitido ao serviço de Guimarães. Durante a madrugada a minha mãe recebe uma mensagem a dizer que iria ser [internado]. Após isso recebe um telefonema onde lhe perguntam se quer que este internamento seja feito em Riba de Ave ao que ela responde que sim e lhe é dito que tem que se fazer apresentar neste serviço para assinar um [consentimento]. Por volta das 6h da manhã recebe um telefonema a dizer que o Sr. [AO] será transferido para o hospital de Famalicão sem sequer ter sido questionada se queria ou não dando a resposta que é o hospital de referência.*

*Dado isto o doente foi transferido para o hospital de Famalicão onde se encontra encostado no serviço de urgência. Não existe vaga no internamento em Famalicão mas mesmo assim foi transferido para lá. Na primeira resposta (hospital de Riba de Ave) existia vaga mas o que foi alegado que por não ser o hospital de referência não podia ir para lá. [...]*

*Estamos a falar de um senhor de 84 anos com um diagnóstico de pneumonia e com defesas em baixo que se encontra encostado numa urgência.”.*

7. Chamado a pronunciar-se, inicialmente, sobre o teor da supratranscrita reclamação, o HSOG declarou o seguinte:

*“[...]”*

*Após abertura de processo interno de averiguações com consulta aos serviços envolvidos, informamos que lamentamos e pedimos desculpa por qualquer constrangimento causado pela circunstância exposta.*

*O doente em causa foi observado no Serviço de Urgência do HSOG e verificado que tinha internamento prévio em fevereiro de 2022 no Hospital de Famalicão, área da sua residência. O utente é acompanhado em Consulta de Neurologia no Hospital de Famalicão.*

*No momento, o Hospital de Guimarães encontrava-se sem vagas no internamento e foi proposta a sua transferência para o CH do Médio Ave - Famalicão, a qual foi aceite.*

*No restante, foram cumpridos com o Hospital de Famalicão os habituais procedimentos que se realizam aquando de uma transferência. [...]”.*

8. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS solicitou ao HSOG, em 27 de fevereiro de 2023, os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
2. *Descrevam todas as etapas percorridas pelo utente [AO] no HSOG, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
3. *Esclareçam que razões determinaram a transferência do utente do HSOG para o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA) - H. S. João Deus/Famalicão, bem como as diligências encetadas junto deste último, com vista à concretização da aludida transferência, acompanhado de toda a documentação de suporte, em particular do registo de contato prévio com o CHMA e da disponibilidade recursos deste para receber o utente;*
4. *Identifiquem as diligências encetadas por V. Exas. no sentido de informar os respetivos acompanhantes do utente sobre o aludido processo de transferência hospitalar, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

5. *Remetam cópia dos procedimentos/protocolos em vigor no HSOG em matéria de transferências hospitalares;*
  6. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
9. Paralelamente, e também por ofício datado de 27 de fevereiro de 2023, a ERS solicitou ao CHMA, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

1. *Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
  2. *Descrevam todas as etapas percorridas pelo utente [AO] no CHMA, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
  3. *Esclareçam que diligências foram encetadas pelo HSOG no sentido de proceder à transferência do utente para CHMA e que razões determinaram essa transferência, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
  4. *Relativamente à transferência do utente do HSOG para o CHMA, esclareçam:*
    - (i) *se foram previamente contactados pelo HSOG com vista à concretização da aludida transferência; e*
    - (ii) *que informação foi transmitida por V. Exas. sobre a disponibilidade de recursos para receber o utente, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
  5. *Clarifiquem por que motivo o utente em apreço, após a transferência referida em 4, ficou internado no Serviço de Urgência;*
  6. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
10. Em resposta ao solicitado, o CHMA remeteu, em 24 de março de 2023, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

*Assim, após termos sido notificados da v/ solicitação, esclarece-se o seguinte:*

- a) O Sr. [AO] deu entrada no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHMA no dia 16/03/2022, pelas 11h03 horas;
- b) O utente veio transferido do Hospital de Guimarães;
- c) Foi inicialmente observado pelo Dr. [RA] (Interno de Formação Específica de Medicina Geral Familiar em estágio de Medicina Interna da Urgência), estando sob supervisão da Dr.<sup>a</sup> [HM] Assistente Hospitalar de Medicina Interna;
- d) Não existe registo de contacto prévio realizado por qualquer elemento do Hospital Senhora de Oliveira (HSO);
- e) Não existe registo de contacto entre as instituições hospitalares, mormente não há informação sobre o contacto relativamente à existência de vagas no CHMA para internamento do doente;
- f) Existe em diário clínico a transcrição de parte da carta de transferência do HSO, que consta também do processo clínico do utente, na qual é mencionado “contacto colega do CHMA que aceita a transferência do doente. Peço transporte”;
- g) Na triagem é referido em observações “com carta para MI por pneumonia”;
- h) Salienta-se que não existe qualquer processo aberto no CHMA para que se possa registar os pontos d) e e); tal apenas poderia ser registado aquando da admissão do utente ao CHMA, quando o processo do utente fosse ativado;
- i) Todavia, a carta de transferência de que o utente se fez acompanhar (anexo 2), cumprindo o disposto no Regulamento da ERS sobre transferências inter-hospitalares, deveria mencionar esses dados, apenas constando “contacto colega do CHMA que aceita a transferência do doente. Peço transporte”; (RAI/GCID)
- j) Desta forma não estão cumpridos todos os pressupostos e que devem compor a Carta de Acompanhamento, conforme estipulado no regulamento ERS acima mencionado:

1. ORDEM de transferência.
  2. MOTIVO subjacente à transferência - aplicável sempre que se verificarem duas das seguintes situações:
    - quando a situação clínica do utente o justifique,
    - decorra de pedido expresso do utente,
    - da mesma resulte um benefício para o utente;
  3. Informação relativa à INFORMAÇÃO CLÍNICA do utente (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar);
  4. Identificação do ESTABELECIMENTO DE DESTINO.
  5. IDENTIFICAÇÃO DO CONTACTO DO ESTABELECIMENTO DE DESTINO RESPONSÁVEL PELA ACEITAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA: \_\_\_\_\_.
  6. TIPO DE TRANSPORTE, PESSOAL E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O TRANSPORTE
  7. TERAPÊUTICA NECESSÁRIA
  8. Identificação da PESSOA RESPONSÁVEL no estabelecimento de origem
- k) No dia da transferência inter-hospitalar não existia qualquer vaga de internamento no CHMA, conforme à data foi reportado ao CA do CHMA pelo Diretor do SUMC, veja-se, para este efeito, o email em anexo (anexo 1 – o email foi redigido pelo Diretor do SUMC e dirigido ao CA do CHMA, no dia em que ocorreram os factos vertidos na exposição. Ressalva-se que não se anexa o email na íntegra, expurgando-se parte do mesmo, pois o seu teor não é relevante para o caso em apreço);*
- l) Atento o facto descrito no ponto anterior (ponto k), o utente não se encontrou encostado, conforme é referido na exposição, antes permaneceu em observação e sujeito a avaliação no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica até 17/03/2022, data em que seguiu para internamento de Curta Duração (ICD), conforme se pode confirmar pelos registos do episódio de urgência que se considera relevante remeter neste contexto (anexo 3);*
- m) Como acima mencionado, no dia 17/03 o utente foi internado no ICD pela Dr.ª [CM] (Assistente Graduada em Medicina Interna);*
- n) À data, o ICD era um local com 6 camas monitorizadas e de vigilância apertada;*

- o) Esta área é contígua ao espaço do Serviço de Urgência;*
- p) No dia 18/03/2022 pelas 18h12 o utente foi transferido pelo Dr. [NC] (Assistente Graduado de Medicina Interna e Diretor do [SUMC] do CHMA) para o internamento do Serviço de Medicina;*
- q) Este procedimento foi comunicado e registado em diário clínico;*
- r) Durante o período em que o doente esteve no SUMC e ICD foram realizados contactos, informando a família de todas as vicissitudes e transferências internas, bem como das dificuldades decorrentes da falta de vagas;*
- s) Durante o internamento o utente teve evolução clínica favorável, tendo sido dadas informações de forma regular à sua familiar de referência/convivente significativa, tendo a alta clínica sido programada atempadamente e articulada com a referida filha;*
- t) A alta clínica foi concretizada a 25/03/2022 pela Dr.<sup>a</sup> [AP] (Assistente Hospitalar de Medicina Interna);*
- u) Mais se informa que o CHMA recebeu uma exposição (anexo 4) sobre este caso, sob a referência 134/2022 UF, apresentada pela neta do utente, através da qual reclama as condições iniciais de admissão ao CHMA, assegurando que o HSO havia garantido contacto prévio e disponibilidade de condições equiparadas às que o doente beneficiaria no período em que esteve nesta última instituição hospitalar;*
- v) Esta exposição foi respondida em 01/03/2023, após processo de audição interna (anexo 5), através da qual se lamentou todos os constrangimentos inerentes àquela admissão hospitalar, frisando a situação de falta de vagas e a inexistência de evidência quanto a ter havido um contato prévio e, menos ainda, que pudesse ter sido transmitida disponibilidade de vagas no CHMA, tal era a situação vivida à época (anexo 6):*
- w) No entanto, conforme acima se explanou, o utente foi internado no dia seguinte ao da sua admissão, sendo transferido para o internamento convencional.*

*Destarte consideramos que foram encetados todos os esforços para assegurar as melhores condições para a prestação de cuidados, não obstante as reconhecidas limitações de falta de vagas.*

[...].

11. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o CHMA juntou os seguintes documentos:

i. E-mail enviado ao Conselho de Administração do CHMA, no dia 17 de março de 2022, pelas 08h53m, com o seguinte teor:

Bom dia,

Os últimos dias o SUMC tem-se apresentado em clara sobrelotação!

Neste momento encontram-se os seguintes doentes no SU:

Medicina – 28 (sendo 6 doentes há mais de 48 horas; 8 doentes entre 24 e 48 horas, ou seja 14 doentes há mais de 24 horas)

Área Respiratória com sarscov2 positivo-2 doentes

Ortopedia – 2 doentes com mais de 48 horas

Cirurgia – 1 doente com mais de 48 horas

Peço ajuda, com a máxima urgência para garantir as vagas de internamento necessárias, e/ou reforço das equipas médicas, enfermagem e AO's ajustadas a este número de doentes.

ii. Relatório do episódio de urgência do utente AO, de dia 16 de março de 2022, de onde cumpre destacar o seguinte:

Triagem			
Data / Hora da Triagem: 16/03/2022 11:11:40		Fluxograma : (15) 15 - Dispneia	
Discriminador: SaO2 baixa		Prioridade Clínica	
Temperatura: 36 °C	Dor:	Glasgow: 15 pontos	<b>Urgente (Amarelo)</b>
PEFR:	Freq. Resp.:	PA: /	
Glicémia:	Corpos cetónicos:	Freq. card.: 96 bat./min	Ritmo de pulso: Arritmico de Novo Não
Oxi. per.: 94 %	Ar atmosférico		
Mobilidade:			
Especialidade: URG-UF MEDICINA	Grupo: Uf-Medicina Interna	Sala: F2.URG-MED.INTERNA	
Queixa: carta para MI por Pneumonia			
Justificação Via Verde:			
Triador: [REDACTED]	Nº. Mecanográfico: [REDACTED]	Ass.: _____	

Observações Médicas	
16-Mar-2022 12:31:43	Dr. [REDACTED] / URG-UF MEDICINA
<p>Doente, sexo masculino, 84 anos, acamado, dependente para as AVDs.            Contacto de referencia: filha D. [REDACTED]  <b>ANTECEDENTES PESSOAIS:</b>            # FRCV: HTA, DM II não insulinotratado            # Prótese anca            # Prótese total do joelho            # Disfagia do tipo nectar?            # Infecção a SARS CoV2 em Jan 2022            - ultima antibioterapia:            - amoxiClav 01.2022            - Amoxicilina e azitromicina 02.2022            - Levofloxacina 500 mg 02.2022            No internamento 02.2022 com Ceftriaxone            ( Exclusao de infeçao SNC com painel de PL amicrobiano e virico negativo)            Internamento CHMA 18-25/02/2022            # Quadro de febre (sem foco identificado)+S. Confusional            Cumpriu 7 dias de Ceftriaxone com resolução do quadro. Com apirexia sustentada durante o internamento.</p> <p><b>MEDICAÇÃO HABITUAL</b>            - Quetiapina LP 50mg 2 comp ao jantar            - Lorazepam 1mg 1 comp ao deitar            - Quetiapina 25mg SOS se agitação até 3x/dia            - Paracetamol/tramadol 325/37.5mg 1 comp de 12/12h (para dor)            - Metoclopramida 10mg 1 comp 15 min antes de paracetamol/tramadol            - Diclofenac 50mg SOS se mantiver queixas álgicas            Sem alergias conhecidas</p> <p><b>HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:</b>            Doente transferido do S. Medicina interna do HSO            Transferido da cirurgia geral, trazido ao SU porque terá apresentado episódio de vômito tipo borra de café + inquietude esta noite</p>	

[...]

17-Mar-2022 09:46:20	Dr. [REDACTED] URG-UF MEDICINA
<p>D1 permanência CHMA, enviado do HSOG            D2 piptazo (começou na madrugada de 16/03 no HSOG)</p> <p>S)A dormir mas despertável à chamada. Sem algias ou dispneia.</p> <p>O)            Desorientado temporo-especialmente, pouco colaborante.            Eupneico, sem SDR            Corado, mucosas desidratadas. Com SNG. Tremor essencial.            TA 135/73mmHg FC 92bpm SO2 (2lt/min): 90%            AC: hipofonética            AP: mv presente bilateralmente, roncos e crepitações dispersas mas mais evidentes à direita.            Abdomen mole e depressível, indolor à palpação, RHA presentes, sem SIP.            Sem edema periférico ou de decúbito</p> <p>Controlo analítico (17/03): Hb 13.4, Plq 324, sem leucocitose ou neutrofilia, PCR 7.13. Cr 0.79, Ur 31. Glicose 131. Na 140, K 4.1, Cl 106            GSA (2lt/min): pH 7.45, pCO2 36, pO2 74, HCO3 25.0, SO2 96.7, Na 135, K 3.7, Cl 102, Ca 1.18, Glu 193, Lact 0.8</p> <p><b>PORTANTO:</b>            # Pneumonia direita com hipoxemia            - TAC torax: "Atelectasias/consolidações do parênquima pulmonar à direita, com algum grau de espessamento intersticial associado. Este aspeto poderá traduzir patologia crónica do interstício ou um processo infeccioso sobreposto."            - última GSA 16/3 à noite com PO2 54mmHg. Iniciado O2 a 2lt/min            - STB espessas mucopurulentas com necessidade de aspiração frequente            - Multipla antibioterapia previa. Sob PipeTazo 4.5 g empírico.            - Aguarda microbiologia de expectoração e agU colhidos no HSOG.            # Disfagia            - constatada no SU-CHMA, colocada SNG</p> <p>PLANO a discutir com D. [REDACTED]            - peço MRSA/KPC. Sem indicação para pesquisa SARS CoV2 (infecção em jan 2022)</p> <p>"            Peço radiografia tórax. Para internamento, assim que houver vaga.            Informo filha D. [REDACTED]            Dr(a) [REDACTED] 17-03-2022 12:49"            "            Radiografia torax com opacidade hilar direita. Aguarda vaga internamento            Dr(a) [REDACTED] 17-03-2022 16:01"</p>	

[...]

Destino do Doente	
Data :	17-Mar-2022 16:33:00
Destino :	3 - SERVICIO DE INTERNAMENTO - INT-UF ICD
Médico :	[REDACTED] - DR [REDACTED]
Assinatura :	_____

iii. Carta de Transferência do utente AO, de onde consta *in fine*:

**História clínica**

» Coagulação ok

» TC TAP "Sem massas nem adenomegalias mediastínicas. Sem derrame pericárdico. Pequeno derrame pleural direito. Atelectasias/consolidações do parênquima pulmonar à direita, com algum grau de espessamento intersticial associado. Este aspeto poderá traduzir patologia crónica do interstício ou um processo infeccioso sobreposto. Também existe algum espessamento do interstício no pulmão esquerdo. Acentuado enfisema centrilobular. Sem outras relevantes alterações pulmonares. Fígado de dimensões normais, sem nódulos, nem dilatações das vias biliares. Vesícula sem alterações de relevo. Baço, pâncreas e suprarrenais sem alterações. Rins de estrutura normal para a idade. Sem distensão gástrica. Sem líquido livre. Hérnias inguinais bilaterais não estranguladas. Ausência de massas pélvicas"

Portanto,

# Pneumonia direita com hipoxemia

- STB espessas mucopurulentas com necessidade de aspiração frequente
- Múltiplas antibióterapias prévias. Inicia empiricamente PiperTazo 4.5 g.
- Colhe microbiologia de expectoração e agU.

Contacto colega de CHMA que aceita a transferência do doente. Peço transporte.

**Dados de transferência**

- iv. Reclamação apresentada pela exponente SS, no livro de reclamações do CHMA, no dia 16 de março de 2022, à qual foi atribuída o n.º REC/90496/2022.
12. Por sua vez, em 28 de março de 2023, o HSOG veio aos autos informar o seguinte:

"[...]

1. *A reclamação em apreço foi respondida a reclamante e cópia a ERS através do SGREC em 10-05-2022 explicando a falta de vagas para internamento de doentes naquele momento no HSOG e que o utente em causa era acompanhado para a patologia do momento no CHMA.*
2. *As etapas percorridas pelo utente constam em ficheiro anexo, com informação clínica e registos. O utente deu entrada no Serviço de Urgência, foi avaliado, posteriormente foi transferido para o CHMA, após contacto prévio e aceitação desta instituição hospitalar, levando consigo a respetiva Carta de Transferência.*
3. *As razões que levaram à transferência foram: Falta de vagas no internamento. A razão do envio concretamente para o CHMA resulta do mesmo doente já seguido na patologia pelo CHMA, com internamento nessa unidade hospitalar no mês anterior ao episódio de urgência. Conforme registo*

anexo, foi contactada um familiar do doente (filha) e também o CHMA que aceitou a transferência do doente.

4. Conforme referido no ponto anterior, foi contactada familiar do doente (filha D. [GR]), conforme registo anexo, informando da situação da necessidade de transferência. Num primeiro momento a transferência seria para uma unidade de retaguarda do HSOG com a qual existe protocolo. Quando notado o acompanhamento prévio pelo CHMA, foi contactada esta unidade para averiguação da aceitação da transferência do doente, o que sucedeu, conforme registos anexo.
5. Enviamos em anexo cópia do nosso procedimento relativo a transferência inter hospitalar de doentes (Doc PRO.211.HSOG).”.

13. Em anexo à sobredita resposta, o HSOG juntou os seguintes documentos:

- i. Carta de transferência do utente AO, de onde consta *in fine*;

<p><b>História clínica</b></p> <p>» Coagulação ok</p> <p>» TC TAP "Sem massas nem adenomegalias mediastínicas. Sem derrame pericárdico. Pequeno derrame pleural direito. Atelectasias/consolidações do parênquima pulmonar à direita, com algum grau de espessamento intersticial associado. Este aspeto poderá traduzir patologia crónica do interstício ou um processo infeccioso sobreposto. Também existe algum espessamento do interstício no pulmão esquerdo. Acentuado enfisema centrilobular. Sem outras relevantes alterações pulmonares. Fígado de dimensões normais, sem nódulos, nem dilatações das vias biliares. Vesícula sem alterações de relevo. Baço, pâncreas e suprarrenais sem alterações. Rins de estrutura normal para a idade. Sem distensão gástrica. Sem líquido livre. Hérnias inguinais bilaterais não estranguladas. Ausência de massas pélvicas"</p> <p>Portanto,</p> <p># Pneumonia direita com hipoxemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- STB espessas mucopurulentas com necessidade de aspiração frequente</li> <li>- Múltipla antibióterapia previa. Inicia empiricamente PipeTazo 4,5 g.</li> <li>- Colhe microbiologia de expectoração e agU.</li> </ul> <p>Contacto colega de CHMA que aceita a transferência do doente. Peça transporte.</p> <p><b>Dados de transferência</b></p>	
--	--

- ii. Ficha do episódio de internamento (*SClínico*) do utente AO, com a seguinte informação:

<b>Dados da Alta</b>	
Data Alta:	16-03-2022 Médico: [REDACTED]
Data Saída:	16-03-2022 Resultado: OUTROS
Destino:	OUTRO HOSPITAL - HD DE VILA NOVA DE FAMALICAO
<b>Transferências</b>	
16-03-2022 Urgente Hospital [REDACTED]	Serviço físico: OBSERVACOES ( OBS ) Serviço: MEDICINA
<b>Diário (Médico)</b>	
16-03-2022 / 06:41 - Dr(a) [REDACTED]	Medicina
Contacto familiar do doente - filha - D. [REDACTED] Por favor não repareir que doente pertence a area de residencia de Famalicao com processo hospitalar no CHMA.	
Contacto colega CHMA (Dr. [REDACTED] que aceita a transferencia do doente.	

- iii. Procedimento “*Transporte Inter-Institucional de Doentes*”, datado de 30 de julho de 2020, com o seguinte teor:

“[...]

## 5. DESCRIÇÃO:

### 5.1. TRANSFERÊNCIA INTER-INSTITUCIONAL

A *decisão de transferência interinstitucional (transporte urgente / emergente de doentes)* é um ato médico baseado na determinação da necessidade de cuidados para um dado doente, não disponíveis na instituição de origem. O planeamento do transporte surge quando a decisão clínica já foi tomada, sendo que esta fase é da competência da equipa Médica e de Enfermagem do serviço ou unidade referente. Estas equipas têm de ter em conta a coordenação, a comunicação, a equipa de transporte, o equipamento, o meio de transporte e a documentação. (SPCI, 2008). O transporte urgente e emergente de doentes é isento para o utente, sendo os encargos suportados pelo SNS.

No **doente pediátrico**, tal como no doente adulto, sempre que ocorre a necessidade de transferência interhospitalar, é responsabilidade do hospital de origem assegurar que o mesmo é efetuado em tempo útil e com os cuidados necessários a um transporte seguro.

**Transporte Urgente / Emergente de Doentes**

Nº	Ação	Responsável pela execução
1	Médico responsável pelo doente verifica necessidade de transferência inter-hospitalar ( <i>i.e.</i> , ausência de recursos disponíveis no HSOG)	Médico Responsável
2	<p><b>Contacto personalizado com instituição de destino</b></p> <p>Médico responsável pelo doente contacta a unidade de saúde de destino, mais próxima e com capacidade para receber o doente, preferencialmente atendendo à rede de referência do SNS e propõe transferência inter-hospitalar, assegurando a existência dos meios necessários ao tratamento para o doente em questão e vaga. O serviço que vai receber o doente deverá ser informado da situação clínica e das intervenções terapêuticas previsíveis, indicando a hora adequada para a receção do doente. Deverá ser referido igualmente, o risco infeccioso de forma a serem proporcionadas as condições adequadas à receção do doente (quarto de isolamento, etc.). No processo de transferência ficarão registados os nomes e contactos dos intervenientes, assim como a hora prevista de chegada à instituição de destino.</p> <p>a) Em caso de <b>recusa fundamentada</b> pela unidade contactada é registado no processo clínico, o contacto com a unidade e médico da mesma e razões da não-aceitação da transferência. Seguidamente o médico responsável pelo doente estabelece contactos com outras instituições e serviços até encontrar uma Unidade de destino adequada que aceite a transferência. Neste procedimento poderá ser necessária a colaboração de outros médicos para além do responsável pelo doente, dada a multidisciplinaridade das necessidades a assegurar.</p> <p>b) Em caso de <b>recusa não fundamentada</b> pela unidade contactada, com fundamentos clínicos ou outros dúvidas, deverá o médico responsável registar no processo clínico a instituição e médicos contactados e os motivos alegados para a recusa da transferência. Posteriormente, tal facto deve ser comunicado à Direção Clínica (DC), ou Chefe de Equipa quando os elementos de ação estão em presença física, para avaliação de medidas adequadas.</p> <p>c) Caso não se encontre <b>nenhuma instituição que aceite</b> o doente, deverá ser reavaliado o plano de cuidados e mantido o melhor nível de cuidados na instituição de origem, retomando os contactos para transferência logo que possível. Deverão ser registados no processo clínico todos os contactos efetuados e eventual previsão de novos contactos de acordo com os dados disponíveis.</p>	Médico Responsável Outros médicos

3	<p><b>Em caso de aceitação da transferência pela instituição de destino</b></p> <p>Após obter acordo da unidade de saúde de destino o médico responsável pelo doente deverá registar no processo clínico e elaborar uma nota de alta (transferência), que acompanhará o utente e na qual conste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificação do doente e data de admissão;</li> <li>▪ Antecedentes pessoais e medicação habitual;</li> <li>▪ Informação clínica das especialidades intervenientes na avaliação, dos tratamentos e procedimentos efetuados e fármacos administrados até então;</li> <li>▪ Resumo de <i>MCDT</i>'s realizados (anexar cópias dos exames efetuados);</li> <li>▪ Resumo de diagnósticos/problemas e razão da necessidade de transferência;</li> <li>▪ Destino do transporte (hospital e serviço), médico que receberá o doente;</li> <li>▪ Registo da eventual intervenção do CODU nestes contactos ou procedimentos de transferência, com registo da identificação do(s) interveniente(s).</li> </ul> <p>No caso de transferência do SU, a nota de alta (médica e de enfermagem) poderá ser o <u>resumo do episódio de urgência</u> do SClinico; no caso do internamento deverá ser a <u>nota de alta</u> do SClinico.</p> <p>No doente <b>pediátrico</b> os procedimentos de transferência são idênticos ao doente adulto em termos de contacto com instituição receptora adequada, elaboração de registos e relatórios clínicos com resultados de <i>MCDT</i>'s, bem como determinação do tipo de transporte, nível de monitorização, cuidados e acompanhamento adequados à situação clínica do doente. Para este efeito deverá ser utilizada como orientação a tabela de cálculo do score adaptado de Etxebarria (REG.210.HSOG).</p>	Médico / Enfermeiro
4	<p><b>Avaliação dos meios humanos e técnicos necessários</b></p> <p>O médico responsável pelo doente deverá determinar e providenciar os meios humanos e técnicos necessários à transferência com a maior segurança possível e manutenção dos melhores cuidados adequados disponíveis. Para este efeito deverá ser utilizada como orientação a tabela de cálculo do score adaptado de Etxebarria (REG.210.HSOG) que classifica os doentes de acordo com o nível de meios e tipo de transporte adequados.</p>	Médico

[...]"

14. Tendo presente a informação trazida aos autos pelo HSOG, em 6 de abril de 2023, foi enviado um pedido de elementos adicional ao CHMA, solicitando, concretamente, pronúncia sobre a informação constante do processo clínico do utente AO no HSOG, onde é referido “*Contacto colega do CHMA (Dra. [MS]) que aceita a transferência do doente.*”.
15. Assim, através de comunicação eletrónica de 14 de abril de 2023, veio o CHMA remeter os seguintes esclarecimentos adicionais:

“[...]”

*No seguimento do v/ ofício ref. 79401/2023 ERS/020/2023 FS, relativo à resposta prestada pelo CHMA e pelo Hospital da Senhora da Oliveira, E.P.E. - Guimarães (HSO), vimos ao abrigo do art. 31.º, n.º 1 dos Estatutos da ERS, cumprir o dever de colaboração que nos incumbe, como tal, prestando as informações complementares que consideramos pertinentes.*

*Assim, após termos sido notificado da v/ solicitação, acompanhada de registos só agora do nosso conhecimento, remetidos ao processo pelo supra referido HSO, esclarece-se o seguinte:*

- a) *Face à resposta anteriormente dada pelo CHMA reiteramos que efetivamente, à data a que se reportam os factos, não havia vagas de enfermaria disponíveis no CHMA;*
- b) *Foram novamente interpelados os Diretores do Serviço de Urgência e do Serviço de Medicina do CHMA, para reapreciação do processo, em face dos novos elementos apresentados;*
- c) *Admitimos que não terá havido qualquer objeção do CHMA em receber o utente, tratando-se de uma transferência inter-hospitalar entre Serviços de Urgência;*
- d) *Conforme é referido pelo HSO, não dispunham também de vagas de internamento, pelo que havendo historial clínico de internamento prévio no CHMNA e sendo esta a sua área de residência, seria indiferente a instituição hospitalar onde ficaria a aguardar vaga de internamento;*
- e) *O contacto prévio à decisão de transferência encontra-se fundamentado e confirmado pelos registos do Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães, E.P.E, que afirmam ter existido esse contacto, nomeando (cf. registo clínico*

*agora facultado) a Dr.<sup>a</sup> [MS], profissional de saúde do CHMA, que teria aceite a respetiva transferência;*

*f) Após tomarmos conhecimento de que o contacto teria sido efetuado com esta profissional, a mesma foi interpelada a pronunciar-se, no âmbito deste processo de inquérito, tendo prestado os seguintes esclarecimentos:*

- Dado o espaço de tempo já decorrido (provável contacto a 16/3/2022, por volta das 6.41h segundo registos enviados pelo HSO), já não tem presente o eventual diálogo com a colega do HSO, sendo certo que não existem registos do conteúdo resultante dessa conversa telefónica (conforme esclarecimentos prestados na n/ resposta anterior, onde elucidámos que enquanto o doente não tem processo ativo nesta instituição, não é possível a existência de qualquer registo no seu processo clínico);*
- Sempre que não existam vagas no internamento é procedimento informar-se dessa limitação, os colegas do hospital de origem, aquando do contacto para transferências de doentes para eventual internamento;*
- Referiu também que é sua prática solicitar ao hospital de origem que informe os doentes / familiares que o doente será transferido para o serviço de urgência, onde ficará a aguardar vaga para o internamento, quando tem informação prévia sobre essa necessidade, de forma a evitar, precisamente, situações com a do caso em apreço;*
- Mais disse que quando essa informação é abertamente partilhada, e ambas as instituições referem falta de vagas, reforça que a família e o utente devem ser conhecedores dessa circunstância;*
- A referida médica informa que desconhece se no HSO foi comunicado previamente ao familiar que o doente seria transferido para o Serviço de Urgência do CHMA e não diretamente para o internamento;*
- Mais se refira, que qualquer transferência direta para o internamento (o que não ocorre quando os doentes a transferir estão no Serviço de Urgência), não teria sido aceite e teria sido*

*orientada para articulação prévia e direta com o Diretor do Serviço de destino do doente, no caso, Serviço de Medicina.*

- *Recorde-se, a partir da informação dos registos disponibilizados pelo HSO, este contato terá sido efetuado de madrugada —6h41;*
- *Tendo o doente vindo transferido do Serviço de Urgência do HSO e não do internamento dessa instituição hospitalar, terá sido essa a razão para a aceitação da transferência para o Serviço de Urgência do CHMA, onde necessariamente seria avaliado e, se necessário, internado aquando da existência de vaga (tal como veio a suceder), sendo esta decisão ditada pela sua condição clínica.*
- g) *In casu, assim que o doente foi admitido no CHMA, não se comprometeu o seu tratamento, o qual foi adequado para a sua situação clínica, tal como é evidenciado nos registos médicos, onde se verifica ter sido prontamente assistido e medicado, pese embora o contexto físico onde permaneceu a aguardar vaga, não ser o desejável;*
- h) *Sendo a exposição da familiar do utente, centrada na frustração pela não colocação direta do doente em ambiente de internamento, apenas podemos lamentar se o HSO não comunicou à família que o doente seria transferido em contexto de Serviço de Urgência, e como tal, face à comprovada falta de vagas de internamento no CHMA, essa responsabilidade não nos pode ser imputada;*
- i) *Segundo os registos clínicos no CHMA, o doente deu entrada no SUMC do CHMA no dia 16/3/2022 às 11.03h;*
- j) *A referida médica que terá recebido o contacto telefónico foi responsável pela área de Medicina do SUM das 20h do dia 15/3/2022 até às 08h do dia 16/3/2022, portanto, quando o doente chegou ao CHMA, já nem sequer se encontrava de serviço, lembrando-se não existir suporte para registo do pedido de transferência, tendo a única informação disponível sido a que consta da carta de transferência, que foi presente ao médico que iniciou o atendimento do doente;*
- k) *Internamente houve reportes ao Conselho de Administração pelo Diretor do SUMC, à data do episódio deste doente, sobre as dificuldades causadas pela*

*falta de vagas, não tendo existido qualquer decisão de recusa de aceitação de transferências com proveniência de outras unidades hospitalares para o Serviço de Urgência (referentes a doentes da área de residência do CHMA, que necessitassem de eventual internamento);*

- l) Incumbe ao hospital de origem, conforme o artigo 8º, nº1, alínea c), a “Confirmação da disponibilidade de recursos para receber o utente”, sendo plausível que a referida médica tenha transmitido que a aceitação do recebimento do doente seria de Serviço de Urgência para Serviço de Urgência;*
- m) Compete ao estabelecimento de destino, de acordo com o artigo 5º, alínea a) Receber 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, o que neste caso significaria aceitação no Serviço de Urgência;*
- n) Com efeito, tendo o doente sido admitido no CHMA, procurou-se dentro das possibilidades existentes assegurar as condições físicas, técnicas e humanas adequadas à prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessitava, ainda que no contexto do Serviço de Urgência, tendo sido internado no ICD – internamento de Curta Duração em 17/03/2022.*

*Desta forma, procuramos explicar o esforço que o CHMA dedicou a tratar com o nível de cuidados adequados este doente, dentro dos circunstancialismos conhecidos. [...]”.*

### **III. DO DIREITO**

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

- 16. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS “*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”, sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições “*compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita [à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados*

*de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.*

17. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS “*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*” (n.º1), estando, assim, sujeitos “*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*” (n.º 2).
18. Resulta, pois, inequívoco que o HSOG e o CHMA são entidades prestadoras de cuidados de saúde inscritas, ademais, no SRER da ERS, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
19. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” (alínea b)), o de “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” (alínea c)) e, bem assim, o de “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*” (alínea d)).
20. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
21. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.
22. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-

*Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).*

23. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)” (alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (alínea d)).
24. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes” (alínea b)).
25. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
26. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º”.
27. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa referir que, nos termos do disposto na alínea b), do n.º 1, do artigo 61.º dos Estatutos da ERS,

“[c]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 750 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1000 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: [o] desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º”.

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

28. Inserido no Capítulo II (“Direitos e deveres sociais”), do Título III (“Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”), da Parte I (“Direitos e deveres fundamentais”) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o “direito à 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).
29. 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)).
30. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro<sup>1</sup>, onde se esclarece que “[o] direito à protecção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (n.º2).

---

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

31. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).
32. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º1).
33. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial 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.
34. 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.
35. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

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

36. 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”*.
37. 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.
38. 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.

39. 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.
40. 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*”.
41. 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).
42. 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.
43. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, temporal e qualitativa.
44. 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.
45. 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).

46. 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.
47. Finalmente, numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.

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

48. Da experiência regulatória e de supervisão da ERS resulta que parte significativa dos constrangimentos ao direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde está relacionada com o processo de transferência inter-hospitalar de utentes, como sucede, aliás, no caso em apreço.
49. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou o Regulamento n.º 964/2020 (doravante Regulamento) - publicado em Diário da República no dia 3 de novembro de 2020 (2.ª Série, n.º 214, páginas 115 a 121) -, que *“estabelece as regras aplicáveis ao processo de transferência de utentes e define os mecanismos organizacionais que possibilitam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”* (artigo 1.º).
50. 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”*.
51. 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.

52. Uma vez que o referido Regulamento já se encontrava em vigor à data dos factos em apreciação *in casu*, justifica-se a sua abordagem autónoma no presente projeto de deliberação, tendo em conta a atuação regulatória e de supervisão que, *a final*, se propõe adotar.
53. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.
54. Em primeiro lugar, importa sublinhar que *“as regras e princípios constantes do [...] regulamento são aplicáveis a todas as transferências físicas de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, sempre que as mesmas determinem uma transmissão de responsabilidade, temporária ou definitiva, sobre os cuidados de saúde a prestar, nomeadamente: a) [a]s transferências no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes; b) [a]s transferências no decurso de situações de agudização do estado de saúde de utentes internados; c) [a]s transferências programadas para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade.”* (artigo 2.º, n.º 1 do Regulamento).
55. Em segundo lugar, impõe-se esclarecer que *“[a] decisão de transferência de utentes é um ato médico, devendo ser fundamentada e tomada sempre que se verifiquem pelo menos duas das seguintes situações: a) [a] condição clínica do utente o justifique; b) [d]ecorra de pedido expresso do utente; c) [d]a mesma resulte um benefício para o utente”* (n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento).
56. Em concretização do disposto no n.º 1, o n.º 2 daquele artigo 7.º esclarece que *“(…) o estabelecimento de origem deve ponderar: a) [o]s benefícios da transferência para a condição clínica do utente, bem como os riscos associados ao transporte; b) [a]s potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do utente”*.
57. 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”*.

58. Em suma, como muito bem sintetiza o n.º 2 do artigo 6.º do Regulamento, “[o] *procedimento de transferência de utentes deve ter por base a articulação entre os diversos níveis e tipos de cuidados, numa lógica de complementaridade entre as entidades que integram o sistema de saúde*”.
59. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem<sup>2</sup> (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino<sup>3</sup> (artigo 5.º).
60. 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.
61. 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.
62. 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.
63. 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.

---

<sup>2</sup> Isto é, “*o estabelecimento prestador de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo ou social onde é elaborado o primeiro plano de cuidados ao utente perante determinada necessidade concreta de prestação de cuidados de saúde*” – cfr. Alínea c) do artigo 3.º do Regulamento.

<sup>3</sup> Ou seja, “*estabelecimento prestador de cuidados de saúde do sector público, privado, cooperativo ou social para onde é transferido o utente para continuação da prestação de cuidados de saúde*” – cfr. Alínea d) do artigo 3.º do Regulamento.

64. Compete, ademais, ao estabelecimento de origem “c) [g]arantir a preparação atempada do processo de transferência e supervisionar o envio do relatório clínico do utente, devidamente instruído, para o estabelecimento de destino, incluindo imagem em registo digital; d) [t]ransferir o utente para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, com a respetiva carta de acompanhamento<sup>4</sup> da transferência, a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de fatores de risco acrescido e, quando aplicável, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, que permita ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde; e) [a] coordenação e a responsabilidade operacional pela transferência do utente, incluindo a garantia de transporte que permita a sua concretização; f) [a]ssegurar a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, em tempo útil e adequado a garantir a integração, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, e que o transporte se faça com utilização dos recursos humanos e materiais necessários (...)” – cfr. Artigos 4.º, alíneas c) a f) e 11.º do Regulamento.
65. Por ser assim, o estabelecimento de origem, além do planeamento do transporte de acordo com o estado clínico do utente, deve, ainda, “(...) garantir, em permanência, a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, incluindo equipa de acompanhamento adequada à situação clínica do utente, de modo a não colocar em causa o acesso em tempo útil, a integração, a continuidade e o nível e qualidade dos cuidados de saúde prestados, devendo igualmente ser salvaguardada a dignidade dos utentes, designadamente daqueles em situações de maior vulnerabilidade, cuja condição clínica não se compadeça com elevados tempos de espera” – cfr. Artigo 9.º, n.ºs 1 e 4 do Regulamento.
66. O transporte do utente fica, pois, “(...) a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento de entrega do utente ao responsável clínico do estabelecimento de destino” – cfr. Artigo 9.º, n.º 5 do Regulamento.

---

<sup>4</sup> Quer dizer, “o documento onde consta a ordem de transferência do utente, o motivo subjacente à transferência, a informação relativa à situação clínica do utente (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar), o estabelecimento de destino, o ponto de contacto no estabelecimento de destino responsável pela aceitação da transferência, o tipo de transporte, a designação do pessoal e equipamentos necessários, as terapêuticas que devam ser asseguradas durante o transporte e a identificação do responsável no estabelecimento de origem” – cfr. Alínea a) do artigo 3.º do Regulamento.

67. Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: “a) [r]eceptar o utente de acordo com o que tiver ficado estabelecido no contacto prévio com o responsável do estabelecimento de origem, efetuado nos termos do disposto no artigo 8.º; b) [a]bster -se de adotar qualquer comportamento que dificulte o regular funcionamento das redes de referência hospitalar instituídas no âmbito do SNS; c) [g]arantir, em tempo útil, a continuidade e nível dos cuidados de saúde necessários e adequados à situação específica do utente; d) [a]ssegurar a disponibilidade de condições físicas, técnicas e humanas à prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessite.” – cfr. Artigo 5.º do Regulamento.
68. Uma nota final para sublinhar que, como adverte o artigo 13.º do Regulamento, “[a] violação do disposto no presente regulamento é sancionável nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º, ex vi do artigo 17.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto –Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto”.

#### **IV. DA ANÁLISE**

69. 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:
- i. O utente AO deu entrada no Serviço de Urgência do HSOG, no dia 15 de março de 2022;
  - ii. Após avaliação e realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) necessários, e com diagnóstico de “*Pneumonia direita com hipoxemia*”, foi contactada, pelas 06h41m do mesmo dia, a Dr.ª MS, profissional do CHMA, que terá aceite a transferência do utente;
  - iii. De acordo com o HSOG, a transferência foi determinada por “*Falta de vagas no internamento. A razão do envio concretamente para o CHMA resulta do mesmo doente já seguido na patologia pelo CHMA, com internamento nessa unidade hospitalar no mês anterior ao episódio de urgência. Conforme registo anexo, foi contactada um familiar do doente (filha) e também o CHMA que aceitou a transferência do doente.*”;
  - v. Posto isto, o utente deu entrada no Serviço de Urgência do CHMA, pelas 11h11m de dia 16 de março de 2022, acompanhado da respetiva carta de transferência do HSOG, que, além da história clínica do utente, continha *in*

*fine* a indicação “*Contacto colega do CHMA que aceita a transferencia do doente. Peça transporte*” (cfr. pontos 11.iii) e 13.i) do presente projeto de deliberação);

- vi. No aludido documento, o HSOG não registou:
  - A identificação do responsável no estabelecimento de destino, com indicação da data e a hora do contacto prévio estabelecido, nem a identificação do profissional que iria efetivar o transporte do utente AO;
- iv. Após admissão e triagem no serviço de urgência do CHMA, e de acordo com os registos constantes do relatório do episódio de urgência junto aos autos, o utente foi observado às 12h31m, 12h53m, 14h51m, 16h06m, 21h31m de dia 16 de março de 2022 e às 05h11m, 09h46m, 12h49m e 16h01m de dia 17 de março de 2022;
- v. Pelas 08h53m de dia 17 de março de 2022, o Diretor do Serviço de Urgência do CHMA reportou ao Conselho de Administração desse Centro Hospitalar a sobrelotação do serviço, concretamente referindo que:
 

*“Os últimos dias o SUMC tem-se apresentado em clara sobrelotação!*

*Neste momento encontram-se os seguintes doentes no SU:*

*Medicina – 28 (sendo 6 doentes há mais de 48 horas; 8 doentes entre 24 e 48 horas, ou seja 14 doentes há mais de 24 horas)*

*Área Respiratória com sarscov2 positivo – 2 doentes*

*Ortopedia – 2 doentes com mais de 48 horas*

*Cirurgia – 1 doente com mais de 48 horas”*
- vi. O utente AO permaneceu em observação e sujeito a avaliação no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHMA até às 16h33m de dia 17 de março de 2022, altura em foi internado no Internamento de Curta Duração, que, de acordo com o CHMA, seria um “*local com 6 camas monitorizadas e de vigilância apertada*”, contíguo ao espaço do Serviço de Urgência;
- vii. Pelas 18h12m de dia 18 de março de 2022, o utente AO foi transferido para o internamento do Serviço de Medicina do CHMA;

- viii. Durante o internamento no CHMA, e de acordo com o prestador, “o *utente teve evolução clínica favorável, tendo sido dadas informações de forma regular à sua familiar de referência/ convivente significativa, tendo a alta clínica sido programada atempadamente e articulada com a referida filha*”, e concretizada no dia 25 de março de 2022.
70. Da análise da factualidade *supra* enunciada é possível constatar, desde logo, que, conforme lhe competia, o HSOG contactou previamente o hospital de destino (CHMA) para aferir se o mesmo dispunha de capacidade para receber o utente, tendo registado – pelo menos na ficha do episódio de internamento (*SClínico*) do utente AO, remetida à ERS – esse contato, bem como o nome do responsável pelo mesmo e a respetiva resposta.
71. No entanto, na “*Carta de Transferência*” que acompanhou o utente AO aquando da sua transferência para o CHMA, pese embora seja feita menção à existência do referido contacto prévio, o HSOG não logrou identificar o responsável do CHMA que terá sido contactado e concordado com a mencionada transferência (com indicação da data e a hora do contacto prévio estabelecido), nem identificou o profissional que iria efetivar o transporte do utente.
72. Aliás, na referida Carta, e apesar de lá constar um capítulo relativo aos “*Dados de Transferência*”, o mesmo encontra-se em branco (*cf.* pontos 11.iii) e 13.i) do presente projeto de deliberação).
73. Cumprindo, a este respeito, elucidar que a “*Carta de acompanhamento da transferência*”, é “o documento onde consta a ordem de transferência do utente, o motivo subjacente à transferência, a informação relativa à situação clínica do utente (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar), o estabelecimento de destino, o ponto de contacto no estabelecimento de destino responsável pela aceitação da transferência, o tipo de transporte, a designação do pessoal e equipamentos necessários, as terapêuticas que devam ser asseguradas durante o transporte e a identificação do responsável no estabelecimento de origem” (*cf.* alínea a) do artigo 3.º do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro);
74. E, de entre o conjunto de obrigações que impendiam sobre o HSOG, na qualidade de hospital de origem no âmbito de um processo de transferência inter-hospitalar, destaca-se a de “[e]stabelecer um contacto prévio 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, nos termos do disposto no artigo 8.º, “[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, [...]” e, bem assim, “[t]ransferir o utente para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, com a respetiva carta de acompanhamento da transferência, a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de fatores de risco acrescido e, quando aplicável, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, que permita ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde [...]” (cfr. alíneas b), c) e d) do artigo 4.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro);*

75. Sendo que, nos termos do artigo 8.º do aludido Regulamento, deve 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.”;*
76. Obrigação que, de resto, também se encontra prevista no procedimento *“Transporte Inter-Institucional de Doentes”*, em vigor no HSOG, ao estabelecer que *“No processo de transferência ficarão registados os nomes e contactos dos intervenientes, assim como a hora prevista de chegada à instituição”*.
77. No entanto, *in casu*, o HSOG não registou no processo clínico do utente AO (*in casu*, na *“Carta de Transferência”*, que acompanhou o utente) a identificação do responsável do CHMA que aceitou a referida transferência, a data e hora do contacto prévio efetuado com o hospital de destino e a identificação do profissional que efetivou o transporte do utente, incumprindo, dessa forma, uma das obrigações que sobre si impendia, na qualidade de hospital de origem (cfr. artigo 8.º, n.º 2 do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro).
78. Já no que especificamente concerne aos cuidados prestados ao utente AO no CHMA, sempre se dirá que, como o próprio prestador acabou por admitir, *“não terá havido qualquer objeção do CHMA em receber o utente”*, encontrando-se “[o] contacto prévio à decisão de transferência [...] fundamentado e confirmado pelos registos do Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães, E.P.E, que afirmam ter

- existido esse contacto, nomeando [...] a Dr.ª [MS], profissional de saúde do CHMA, que teria aceite a respetiva transferência”;*
79. Alegando, no entanto, que “[...] à data a que se reportam os factos, não havia vagas de enfermagem disponíveis no CHMA”, juntando, para prova do alegado, o e-mail enviado pelo Diretor do Serviço de Urgência do CHMA ao Conselho de Administração, no dia seguinte à transferência do utente AO, dando conta da sobrelotação do Serviço de Urgência, nos “últimos dias”;
  80. Razão pela qual, o CHMA considera que a profissional contactada pelo HSOG – a Dr.ª MS –, pese embora não tenha “*presente o eventual diálogo com a colega do HSO*”, atento o lapso de tempo entretanto decorrido, terá “*transmitido que a aceitação do recebimento do doente seria de Serviço de Urgência para Serviço de Urgência*”;
  81. No entanto, como o próprio prestador reconhece, tal informação não tem qualquer suporte documental, na medida em que, de acordo com o CHMA, “[a] *referida médica que terá recebido o contacto telefónico foi responsável pela área de Medicina do SUM das 20h do dia 15/3/2022 até às 08h do dia 16/3/2022, portanto, quando o doente chegou ao CHMA, já nem sequer se encontrava de serviço, lembrando-se não existir suporte para registo do pedido de transferência, tendo a única informação disponível sido a que consta da carta de transferência, que foi presente ao médico que iniciou o atendimento do doente*”.
  82. Aqui chegados, e pese embora a alegada transferência do utente AO para “*o serviço de urgência onde ficar[ia] a aguardar vaga para o internamento*” não se encontre documentalmente comprovada, sempre se dirá que a profissional contactada pelo HSOG – a Dr.ª MS – deveria ter transmitido a informação do contacto, e do que aí ficou estabelecido, para o turno seguinte;
  83. Pois foi a esta profissional que terão sido apresentados os “[m]otivos e benefícios da transferência”, o “[q]uadro clínico do utente, incluindo formulações de diagnóstico e prognóstico”, e terá sido ela a “[c]onfirma[r] [a] disponibilidade de recursos para receber o utente”, nos termos do n.º 1 do artigo 8.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro;
  84. Não tendo garantido a necessária passagem de informação sobre a transferência do utente AO – como, de resto, ficou demonstrado, na medida em que, até ao pedido de elementos adicional da ERS, de 6 de abril de 2023, o CHMA

desconhecia a existência de tal contacto prévio – foi incumprida a obrigação que sobre o CHMA impendia de “[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 (cfr. alínea a) do artigo 5.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro).

85. Uma nota final para referir que, pese embora o utente AO tenha acabado por ser transferido para o Serviço de Urgência do CHMA, onde ficou a aguardar, durante um dia, vaga para internamento, à luz dos factos apurados, não resulta que tenha sido colocada em causa “a continuidade e nível dos cuidados de saúde necessários e adequados à situação específica do utente” (cfr. alínea c) do artigo 5.º, do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro);
86. Porquanto, das informações remetidas aos autos pelo CHMA, resulta que o utente “permaneceu em observação e sujeito a avaliação no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica até 17/03/2022, data em que seguiu para internamento de Curta Duração (ICD)”, com “evolução clínica favorável, tendo sido dadas informações de forma regular à sua familiar de referência/ convivente significativa, tendo a alta clínica sido programada atempadamente e articulada com a referida filha”.
87. Em face de tudo quanto exposto, justifica-se, pois, a atuação regulatória adiante descrita, importando sublinhar que, por força do incumprimento, pelos prestadores, do disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, deverá, a final, ser determinada a abertura do competente processo contraordenacional (cfr. artigo 13.º do mencionado Regulamento).

## **V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS**

88. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o HSOG, o CHMA e a reclamante SS, por ofícios datados de 27 de abril de 2023.
89. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou, em 5 de junho de 2023, a pronúncia do HSOG, nos seguintes termos:

“[...]

*No sentido do cumprimento da instrução da ERS a propósito do ponto 88, informamos que o HSOG delineou um plano de implementação e cumprimento da norma interna HSOG sobre “Transporte Inter Institucional de Doentes” e do Regulamento ERS 964/2020, a saber:*

- 1. Revisão imediata da norma interna PRO.211.HSOG, com o objetivo do cumprimento absoluto do Regulamento ERS 964/2020;*
- 2. Campanha de divulgação interna, destinada maioritariamente a médicos, acerca da existência e necessidade de cumprimento obrigatório das normas referidas no Ponto 1. Nomeadamente:*
  - a) Divulgação destacada no Portal Interno Institucional acerca dos normativos sobre “Transporte Inter Institucional de Doentes”;*
  - b) Divulgação individualizada através de email, concretamente aos profissionais médicos, sobre as normas existentes sobre o tema e a necessidade do seu cumprimento;*
  - c) Divulgação acerca das normas existentes em proteção de ecrã comum em todos os computadores do HSOG;*
  - d) Instrução, através da Direção Clínica, aos Diretores de Serviço clínicos para incluírem este tema nas reuniões de serviço informando sobre a necessidade do seu cumprimento;*
  - e) Incluir este tema nas ações de formação a realizar no âmbito do processo de Qualidade e no âmbito da integração de novos profissionais médicos.*

*Entendemos que com este plano de ações será cumprida a instrução da ERS, no sentido de garantir o conhecimento e obrigatoriedade das normas referentes à transferência de utentes para outros estabelecimentos de saúde.”.*

90. Analisada a pronúncia do HSOG verifica-se, desde logo, que este não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;
91. Antes demonstrou a sua intenção de coadunar o seu comportamento com a instrução constante do projeto de deliberação regularmente notificado, para o efeito dando conhecimento do plano de implementação e cumprimento da norma interna sobre “Transporte Inter Institucional de Doentes” e do Regulamento ERS n.º 964/2020;

92. Sendo manifesto o esforço do prestador no sentido de dar cumprimento imediato à instrução projetada por esta Entidade Reguladora, o que se regista e valoriza.
93. De entre outras medidas adotadas, o HSOG informou a ERS, que irá proceder à “[r]evisão imediata da norma interna PRO.211.HSOG, com o objetivo do cumprimento absoluto do Regulamento ERS 964/2020”, sendo, por isso, necessário acompanhar esta revisão procedimental, de modo a salvaguardar o cabal cumprimento da instrução projetada.
94. Nestes termos, tendo em vista garantir uma efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, a adequação integral e permanente do comportamento quer do HSOG, quer do CHMA, para evitar que situações como a dos presentes autos se voltem a repetir, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS;
95. Motivo pelo qual se mantém a decisão notificada.

## **VI. DECISÃO**

96. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, E.P.E., no sentido de:
  - (i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde, em particular, no contexto de preparação e concretização de processos de transferência hospitalar, é cumprido o disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro e, bem assim, o procedimento interno sobre “*Transporte Inter-Institucional de Doentes*”;
  - (ii) Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou as normas descritos em (i) 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;

- (iii) 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.
97. Mais se propõe ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., no sentido de:
- (i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde, em particular, no contexto de transferências hospitalares, é cumprido o disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, assegurando uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde ao seu serviço e a necessária transmissão de informação sobre as situações de transferência de outras unidades ou serviços hospitalares;
  - (ii) Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou as normas descritos em (i) 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;
  - (iii) 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.
98. As instruções ora emitidas constituem decisões 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*”.
99. 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, 15 de junho 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).