

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/019/2016.

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. Foi rececionada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), uma reclamação subscrita pela utente B.A., visando a atuação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (doravante CHUC), prestador de cuidados de saúde inscrito no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 11716.
2. Nos termos da referida reclamação, a utente alega que após ter sido admitida no Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra - CHUC, onde lhe foi feito diagnóstico de rotura do extensor do dedo polegar com indicação para correção cirúrgica, e onde foram desenvolvidos os necessários procedimentos pré-operatórios, foi-lhe dada alta para o domicílio com indicação para recorrer ao Serviço de Urgência

do Hospital Geral – CHUC, no dia útil subsequente, em virtude da sua área de residência não permitir a prossecução da prestação dos cuidados de que necessitava nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

3. Para uma análise preliminar da reclamação *supra* referida, foi aberto o processo de avaliação n.º AV/016/2016.
4. No entanto, face à necessidade de uma averiguação mais pormenorizada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 11 de abril de 2016, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/019/2016.
5. Subsequentemente, já na pendência dos presentes autos de inquérito, a ERS tomou conhecimento de uma notícia divulgada a 1 de setembro de 2016 pelos meios de comunicação social, dando conta que, alegadamente “[...] *um idoso morreu [...] ao ser transferido da Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) para a do Hospital dos Covões, numa ambulância onde seguiam o motorista e um assistente operacional [...]*”.
6. Assim, atenta a similitude das matérias em questão foi a referida notícia apensada ao presente processo de inquérito para adoção das diligências instrutórias tidas por necessárias.

I.2. Diligências

7. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS relativa à inscrição do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), constatando-se que o mesmo explora, entre outros, os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde Hospitais da Universidade de Coimbra – sito na Av. Bissaya Barreto, Praceta Mota Pinto, 3000 - 075 Coimbra e o Hospital Geral – sito na Rua 5 de Outubro, 108 3045 – 043 Coimbra, inscritos no SRER da ERS sob os números 127376 e 127377, respetivamente;
 - (ii) Pedido de elementos enviado ao CHUC, por ofício de 11 de fevereiro de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 18 de março de 2016;

- (iii) Pedido de elementos enviado à Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., por ofício de 14 de abril de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 5 de maio de 2016;
- (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à utente e ao CHUC a 14 de abril de 2016;
- (v) Pedido de elementos enviado ao CHUC, por ofício de 1 de setembro de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 19 de setembro de 2016;
- (vi) Pedido de relatório de apreciação clínica a perito médico consultor da ERS a 30 de agosto de 2016, com adenda emitida em 16 de novembro de 2016.

II. DOS FACTOS

II.1. Do teor da reclamação apresentada na ERS pela utente B.A.

8. Analisada a reclamação endereçada à ERS, cumpre ressaltar os seguintes factos alegados pela utente:

“[...]”

i) A admissão no referido Serviço de Urgência aconteceu no dia 28 de Fevereiro de 2015, às 18h29m;

ii) O motivo que me conduziu a este serviço foi um acidente com um x-acto que teve por consequência um traumatismo no polegar da mão esquerda acrescido de incapacidade da extensão do polegar;

iii) Após o atendimento na área de triagem, fui observada pela equipa da especialidade de Ortopedia, designadamente pelo Dr. A.L.;

iv) Da observação pelo Dr. A.L., resultou o diagnóstico de rotura do extensor polegar;

v) Na sequência deste diagnóstico fui informada de que o tratamento consistiria numa intervenção cirúrgica a efectuar com carácter de urgência;

vi) Para tal, a equipa médica e de enfermagem, por mim responsável, iniciou cerca das 19h30m os procedimentos de rotina pré-operatória realizando, no Serviço de Urgência citado, os seguintes meios complementares de diagnóstico: análises clínicas (hemograma e bioquímica), RX tórax e ECG simples;

vii) Para a colheita de sangue efectuada fui puncionada no membro superior direito com um cateter endovenoso;

viii) Fui igualmente informada para permanecer em jejum de forma a poder efectuar a cirurgia em segurança;

ix) Cerca das 20h, enquanto aguardava os resultados dos exames complementares de diagnóstico fui questionada pelo Dr. A.L. relativamente ao local da minha residência;

x) Para meu espanto, o mesmo médico informou-me que, pelo facto da minha residência se situar na Granja do Ulmeiro, não poderia ser operada através do Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra mas sim através do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra;

xi) Assim, teria que me ser dada alta do actual episódio de urgência e recorrer de novo ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra, dado ser este o local que recebe os utentes da minha área geográfica de residência;

xii) Pelo facto do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra se encontrar encerrado aos fins-de-semana, teria que me deslocar no primeiro dia útil possível, concretamente na segunda-feira seguinte, dia 2 de Março de 2015;

xiii) Por volta das 20h30m, o Dr. A.L. efectuou os procedimentos conducentes à minha alta, fornecendo-me o seguinte documento "Relatório Resumo do Episódio de Urgência", que anexo;

xiv) A equipa de enfermagem retirou o cateter endovenoso que havia sido colocado no membro superior direito e limitou-se a desinfectar e aplicar um penso rápido na ferida incisa que resultou do traumatismo;

xv) Não me foi dada qualquer outra indicação para além da necessidade de ter que me dirigir ao Serviço de Urgência hospitalar da minha área de residência;

xvi) Não fui medicada com antibióticos, analgésicos ou anti-inflamatórios;

xvii) No dia 2 de Março de 2015, pelas 10h, dirigi-me ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra onde, após me confirmarem o mesmo diagnóstico (secção do extensor do polegar esquerdo), realizaram uma cirurgia de urgência, sob anestesia geral. Foi-me dada alta no dia 3 de Março de 2015, com Nota de Alta explicativa, contendo os procedimentos a seguir para realização de penso pós-operatório e extracção de pontos da sutura, e medicada com antibiótico e anti-inflamatório orais. A consulta de acompanhamento ficou marcada para o dia 19 de Março de 2015.

xviii) O motivo que me leva a realizar esta reclamação prende-se com o facto de me terem sido negados os cuidados devidos numa situação que requeria uma cirurgia de urgência, fazendo-me esperar cerca de 43 horas por um tratamento que era inevitável,

expondo-me a eventuais riscos relacionados com a minha recuperação funcional e eventuais infeções.

xix) Não é compreensível que após ocorrer a admissão num Serviço de Urgência me seja dada alta tendo por base critérios relacionados com a minha residência. Acresce ainda que ambos os Serviços de Urgência estão sob a responsabilidade da mesma administração, pertencendo a uma só entidade - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

xx) Para além destes aspectos, no momento em que fui admitida (sábado, dia 28 de Fevereiro de 2015, às 18h29m) não existia alternativa, em Coimbra, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde para atendimento de situações urgentes, isto é, não me poderia dirigir a qualquer outro local mais próximo da minha residência que não fosse o Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra. [...]”.

9. Nesse âmbito, foram solicitadas pela ERS informações sobre os factos em apreço ao CHUC, tendo sido enviado um pedido de elementos por ofício remetido a 11 de fevereiro de 2016, concretamente solicitando:

“[...]”

- 1. Pronunciem-se sobre o conteúdo da referida exposição e prestem os esclarecimentos adicionais e atualizados que entendam relevantes sobre a situação em causa.*
- 2. Descrição de todas as etapas percorridas pela utente desde a admissão até à alta, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
- 3. Indicação dos fundamentos para a alta clínica da utente, em momento prévio à realização da cirurgia de que necessitava e no decurso dos procedimentos preparatórios da mesma;*
- 4. Indicação, acompanhado do respetivo suporte documental, dos procedimentos de referência em vigor e aplicáveis nas situações semelhantes à ocorrida nos autos;*
- 5. Procedam ao envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais que V. Exas. considerem relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.”*

10. Nessa sequência, por ofício rececionado a 18 de março de 2016, veio o CHUC esclarecer que:

“[...]”

Ponto n.º 1 - A direcção do Serviço de Urgência A, solicitou esclarecimentos ao médico visado na reclamação, cuja resposta foi enviada ao Gabinete do Cidadão.

Ponto n.º 2 - Anexo documentos relativos aos episódios de urgência do Serviço de Urgência A, do episódio do Serviço de Urgência B e da nota da alta do internamento do Serviço de Ortopneumologia do Hospital Geral do CHUC, esclarecedora, relativamente aos tempos e aos profissionais envolvidos.

Ponto n.º 3 - O fundamento para a alta clínica do Serviço de urgência A e para deferimento da cirurgia para o dia 2 de Março e não ser realizada de imediato no dia 28 de Fevereiro, deve ser solicitado ao Director do Serviço de Ortopneumologia.

Ponto n.º 4 - Anexo documento relativo às normas definidas para a transferência de doentes entre os dois Serviços de Urgência que entraram em vigor após o encerramento nocturno e ao fim de semana do Serviço de Urgência B - HG - CHUC.”.

11. Em anexo a tais esclarecimentos, juntou o CHUC cópia do documento “[...] Encerramento do Serviço de Urgência B (Polo HG) das 20h de sexta-feira às 09h de segunda”, do qual constam as “Normas de atuação da equipa”, concretamente:

“[...]”

1) Transferência de doentes para internamento no HG

A transferência de doentes para o Hospital Geral (HG) só pode ocorrer para serviço de internamento.

O internamento pode ocorrer durante todo o período de encerramento, desde que não haja risco clínico para o doente.

O internamento é realizado no ALERT e na requisição habitual de internamento, com a designação do Serviço do Hospital Geral (procedimento igual ao efectuado para os Serviços do HUC)

O internamento em Serviço de Acolhimento no HG obedece às orientações técnicas de internamento em Serviço de Acolhimento emanadas pela Direcção Clínica do CHUC.

2) Internamento de doente com episódio agudo de urgência da área de residência do HG e que durante esse período recorre ao SU - A (pólo HUC) e que tenha indicação para internamento, poderá ser internado no HG respeitando as seguintes normas:

a) Situação clínica estável

b) Sem risco de necessitar a curto prazo de especialidade inexistente no hospital geral

(HG)

c) *Histórico clínico no Hospital Geral (incluindo internamento recente <30dias, e referência pelo HG para a Rede Cuidados Continuados)*

d) *Sem histórico clínico no HG mas residente na área do HG, a decisão de internamento será do Chefe de Equipa depois de avaliada disponibilidade de camas em ambos os hospitais (HUC e HG)*

3) Condições para a Transferência de doentes para internamento no HG

a) *Contacto prévio com o Chefe da Equipa Residente no HG*

b) *Vaga disponível em qualquer Serviço do HG.”*

12. O CHUC enviou ainda, cópia do documento “[...] *Transferência de Doentes para Internamento Entre os Dois Pólos (A ou B) Após Admissão Pelos Serviços de Urgência (A ou B), do qual consta que:*

“[...]

Por decisão do Conselho de Administração, a urgência de adultos do CHUC fica concentrada ao fim de semana na Urgência A (pólo HUC) encerrando a admissão de doentes na Urgência B (pólo HG) durante todo o período compreendido entre as 20h de sexta-feira e as 09h de segunda-feira.

Neste novo contexto, a Urgência B fica apenas com admissão de doentes urgentes no período das 09 às 20h de segunda a sexta feira.

Actualmente, e de acordo com a norma 1/2012 (actuação da equipa para a transferência de doentes), os doentes com critérios de internamento no HG são transferidos durante o período diurno, por admissão no SU - B.

Esta forma de entrada no pólo HG, deixa de ser possível com o encerramento da actividade em urgência ao fim de semana, obrigando a rever os procedimentos actuais.

De referir ainda que na formulação da norma 1 em 2012 se partiu de uma premissa, que foi a inexistência do efeito de área de residência, para definir o local de internamento.

A nova realidade da Urgência de Adultos do CHUC determina que todos os procedimentos criados durante o primeiro ano da concentração da urgência, tenham que ser revistos, particularmente nos seguintes pontos:

1. *Revisão das normas 1 e 2 de 29 e 30 de Maio de 2012 relativa à transferência de doentes entre os dois pólos e equipas disponíveis nos dois pólos*

2. Escalas médicas

3. N.º de profissionais por turno relativamente a Assistentes operacionais, Assistentes técnicos e Enfermeiros

4. Equipamento informático para novos postos de trabalho

5. Equipamento clínico e material médico.

NORMAS:

Propõe-se que passe a existir o efeito de área de residência, ainda que como último critério, e as **principais condições** para a transferência de doentes para internamento entre os dois pólos (A ou B) após admissão pelo Serviços de Urgência (A ou B) são:

1. **critérios clínicos de internamento** - o doente é transferido directamente do serviço de urgência para o internamento.

2. **vaga de Internamento disponível no hospital a transferir** - cumprindo as regras/orientações técnicas de internamento em serviço de acolhimento da DC do CHUC.

3. **doente estável do ponto de vista clínico.**

4. **doente sem necessidade a curto prazo de especialidade médico-cirúrgica inexistente no pólo HG.**

5. **doente com histórico clínico no HG** (seguimento em consulta, internamentos prévios ou internamento recente <30 dias no HG ou referenciado pelo hospital para a rede de cuidados continuados).

6. **Doente com episódio agudo sem histórico no HG mas residente na área geográfica de proximidade do HG, ou área de influência deste hospital.**

Para efectivar a transferência para o internamento será necessário, que os chefes de equipa tenham a possibilidade de ter informação em tempo real sobre vagas disponíveis para internamento.

É mandatário contacto prévio entre chefes de equipa para garantir a existência de vaga disponível.” – cfr. documento anexos à resposta do CHUC, recebida em 18 de março de 2016, junta aos autos.

II.2. Do pedido de elementos à Administração Regional de Saúde do Centro

13. Atentas as competências da ARS Centro, na gestão da oferta de cuidados de saúde na área geográfica sob a sua jurisdição, para melhor enquadramento da situação objeto

de análise, foi remetido pela ERS um pedido de elementos por ofício de 14 de abril de 2016, concretamente solicitando:

“[...]”

1. *Indicação da prévia comunicação a essa ARS da decisão do Conselho de Administração do CHUC de concentrar a urgência de adultos, ao fim de semana, na Urgência A (Pólo HUC) encerrando a admissão de doentes na Urgência B (Pólo HG) durante o período compreendido entre as 20h de sexta-feira e as 09h de segunda-feira, impondo como limitação de atendimento o critério de área de residência.*
2. *Indicação do conhecimento prévio por essa ARS de reclamações de teor análogo à reclamação em presença ou se por qualquer outra via era já do V. conhecimento a existência do constrangimento de acesso em questão, acompanhado do entendimento que mantém sobre o mesmo.*
3. *Indicação das regras de referenciação vigentes e aplicáveis em situações análogas à relatada na reclamação em anexo.*
4. *Indicação dos mecanismos de informação adotados para garantir a comunicação aos utentes das limitações impostas em função da concentração dos serviços de urgência do CHUC e da imposição do critério de residência.*
5. *Procedam ao envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais que V. Exas. considerem relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.* “

14. Nessa sequência, veio aquela ARS, em resposta rececionada pela ERS a 5 de maio de 2016, prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Relativamente à questão do ponto 1, confirmamos que o CHUC remeteu ao Conselho Diretivo desta ARS o ofício que se anexa, sobre as alterações a implementar no serviço de urgência durante os fins-de-semana Não há qualquer informação de limitação de atendimento no serviço de urgência, tendo por critério a área de residência.*
2. *Sobre a segunda questão, não temos qualquer conhecimento de reclamações de igual teor ao agora remetido.*
3. *Quanto ao solicitado nos pontos 3 e 4, refere-se que integrando o CHUC o grupo III, nos termos da Portaria 82/2014, de 10 de abril, tem de estabelecer relações de*

referenciação com instituições do grupo II para as áreas em que estas não tenham capacidade técnica ou recursos disponíveis, isto é, recebem doentes referenciados por outros hospitais. Por sua vez, e de acordo com o Despacho 10319/2014, de 11 de agosto, aquela unidade de saúde possui um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), sendo este o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, devendo oferecer resposta de proximidade à população da sua área. Dentro deste contexto, o CHUC funciona como nível máximo de referenciação. Por outro lado, não se pode entender que o atendimento de doentes no polo CHC seja uma referenciação dado que o serviço de urgência é único (apenas deslocado geograficamente).

- 4. No que respeita ao ponto 5, informa-se que o CHUC EPE publicitou amplamente nos jornais locais e nas suas unidades de saúde - polo dos HUC e polo dos CHC, informação aos utentes sobre o encerramento das urgências a partir das 20 horas.”.*

II.3. Do teor da notícia divulgada pelos meios de comunicação social

- 15. Por notícia divulgada nos meios da comunicação em 1 de setembro de 2016, tomou a ERS conhecimento de que, alegadamente “[...] um idoso morreu [...] ao ser transferido da Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) para a do Hospital dos Covões, numa ambulância onde seguiam o motorista e um assistente operacional [...]”.*
- 16. Sendo que para melhor enquadramento da situação relatada, formulou na mesma data o seguinte pedido de esclarecimentos ao CHUC:*

“[...]”

- 1. Se pronunciem sobre o teor da referida notícia, acompanhado do envio de cópia do relatório do episódio de urgência respetivo;*
- 2. Descrição de todas as etapas percorridas pelo utente desde a admissão até à alta por transferência, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, acompanhada do respetivo suporte documental;*
- 3. Indicação dos fundamentos para a transferência do utente, acompanhado do suporte documental que o evidencie.*
- 4. Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente, acompanhado do respetivo suporte documental, designadamente, cópia das fichas que suportam as diligências de contacto realizadas para o efeito e bem assim cópia da ficha de avaliação para aferição do cumprimento das condições necessárias à realização do transporte e profissional responsável pela mesma;*

5. *Indicação do concreto meio utilizado para realização da transferência e respetiva equipa acompanhado do suporte documental que o documento;*
6. *Procedam ao envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais que V. Exas. considerem relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.”*
17. O qual foi respondido pelo CHUC em 19 de setembro de 2016, cumprindo ressaltar que:
- “[...]”
1. e 2. — *Juntam-se cópias dos episódios de urgência nos Serviços de Urgência A e Serviço de Urgência B, nas quais constam todas as etapas percorridas e respectivos profissionais responsáveis.*
3. *O fundamento da transferência do doente radica no facto de a sua residência (Montemor-o-Velho) pertencer à área de influência geográfica do HG, para estudo ulterior.*
4. *Anexa-se cópia da ficha de avaliação prévia ao transporte. A transferência foi realizada de acordo com o Score 2 de avaliação: Nível A "transporte em ambulância normal com um tripulante sem monitorização e com equipamento "standard" de ambulância AMS" (sem médico nem enfermeiro).*
5. *Anexa-se Formulário de pedido de Transporte Interno.”*
18. Em anexo à referida resposta, remeteu o CHUC cópia do respetivo relatório de episódio de urgência onde se identifica que o utente foi triado com prioridade amarelo, correspondendo ao fluxograma 17 – Doença Mental, sendo que após observação por psiquiatria foi o utente transferido para o SU-HG;
19. Foi ainda remetido ofício do Ministério Público dando conta da decisão de dispensa de autópsia e o Certificado de Óbito no qual, em sede de observações complementares, se regista que “[...] *Doente de 90 anos, transferido da urgência do polo HUC para urgência do polo HG (CHUC), que chegou cadáver. Parcialmente dependente, com alteração recente do comportamento, TAC-CE mostrando lesões isquémicas sequelares. Disfonia e disfagia recentes. Insuficiência respiratória global na avaliação na urgência.*”, conforme documentação junta aos autos e cujo teor se dá por integralmente reproduzido.

II.4. Do pedido de parecer clínico

20. Tendo em conta a necessidade avaliação técnica dos factos em presença, em 30 de agosto de 2016 foi solicitado parecer ao consultor médico da ERS, cujas conclusões, em suma, se reconduzem a:

a) Relativamente à utente B.A.:

“[...] A doente recorreu ao SU do CHC por uma lesão tendinosa com indicação cirúrgica aparentemente urgente, tendo tido alta com indicação para recorrer ao SU do HC, em virtude da área de residência da doente, cujo SU se encontrava encerrado por determinação interna do Conselho de Administração.

Acréscce que o SU CHC era o único SU aberto, com disponibilidade para resolver o problema da doente.

O tratamento da doente foi protelado devido a esta decisão por parte dos elementos de serviço do CHC.

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

De acordo com as determinações internas do Conselho de Administração do CHUC, o encerramento do SU do HC após as 20 horas e aos fins-de-semana, implica que os doentes devem ser tratados no SU disponível, uma vez que se trata de uma situação urgente. Se o não fosse, a doente deveria ser orientada para a consulta externa e ser tratada a partir daí, o que não sucedeu. A doente teve alta do SU dos CHC e foi orientada para o SU do HC que até se encontrava encerrado.

Acréscce que com a criação do CHUC, as duas Instituições, CHC e HC, passaram a ser uma, do ponto de vista jurídico, sendo o critério da residência utilizado para o internamento num polo ou no outro.

Sem dúvida que o protelamento do tratamento da doente poderia ter tornado a situação mais complexa tal como se pode verificar nos registos clínicos da segunda ida ao SU, na unidade HC.

Acréscce que a transferência entre Instituições do SNS só deve acontecer quando a situação clínica do doente não tiver potencial de agravamento, o que também parece não ser a situação.

É meu entendimento que a abordagem da situação clínica no SU do CHC não foi a mais correcta e que poderia ter implicado um agravamento da situação da doente.”

b) Relativamente à situação noticiada pelos meios de comunicação social:

“[...] ADENDA (16/11/2016) – Foi solicitada reavaliação do processo em apreço devido a uma morte de um doente durante um transporte entre as duas Unidades Hospitalares do CHUC. Após a análise da documentação disponibilizada pela Instituição confirma-se que o doente terá falecido durante o referido transporte. O boletim de transporte inter-hospitalar está adequadamente preenchido não fazendo prever o desfecho sucedido.

As situações não são, de todo, semelhantes. No primeiro caso houve, na minha opinião omissão de tratamento conforme já referido. Nesta situação parece tratar-se de uma infeliz coincidência, em que o desfecho não era previsível, tendo o doente falecido, muito provavelmente, de causas naturais.”.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

21. De acordo com o n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta tem por missão “[...] a *regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.*

22. Ainda, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem “[...] a *supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:*

[...]

b) 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;

c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.”.

23. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus 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.”.*

24. Consequentemente, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, registada no SRER da ERS sob o n.º 11716, constatando-se que o mesmo explora, entre outros, os estabelecimentos

prestadores de cuidados de saúde Hospitais da Universidade de Coimbra e o Hospital Geral, inscritos no SRER da ERS sob os números 127376 e 127377, respetivamente.

25. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “ *assegurar 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*”, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “ *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do 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*”.
26. Podendo fazê-lo mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado no dever de “ *zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições*”, bem como na emissão de 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 – cfr. al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
27. E, no que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes.
28. É também competência da ERS, “ *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do 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*” (cfr. alínea b) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS).

29. Sendo estabelecido na alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, que
“*Constitui contraordenação, punível com coima de € 1000 a € 3740,98 ou de € 1500 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva:*

[...]

b) A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde:

i) A violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, prevista na alínea a) do artigo 12.º;

ii) A violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º.

30. Já quanto ao objetivo regulatório de zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade, previsto na alínea d) do artigo 10.º, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.

31. Ora, no quadro das competências vindas de enunciar, a avaliação da ERS centra-se na análise da qualidade dos procedimentos empregues pelo prestador e na suscetibilidade dos mesmos constituírem mecanismo de garantia do cumprimento dos direitos e interesses legítimos dos utentes, em especial do direito de acesso aos cuidados de saúde adequados à sua situação clínica e em tempo útil.

III.2. Do enquadramento legal da prestação de cuidados de saúde

III.2.1. Do direito de acesso à prestação integrada de cuidados de saúde

32. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual é assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

33. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (doravante LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido

preceito, estabelece no n.º 4 da sua Base I que “os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”, consagrando-se nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que “é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”.

34. Bem como estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados; [...]”;

35. No respeitante à vertente qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos.

36. Ora, nos termos do n.º 2 da Base IV da mesma Lei, “para efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde”.

37. O CHUC integra o conjunto das “instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde”, isto é, pertence ao SNS, tal como definido pelo n.º 2 da Base XII da LBS, e cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

38. Estando, dessa forma, subordinado aos princípios constitucionais, às regras e princípios estabelecidos na aludida LBS, no Estatuto do SNS, na Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) e no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro – que veio estabelecer os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS com a natureza de entidade pública empresarial.

39. O que significa que, a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica, e que sejam os

reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.

III.2.2. As áreas de influência

40. A definição de uma área de influência é essencial para um planeamento hospitalar apropriado, uma vez que associa – de forma organizada e geograficamente definida – populações residentes às unidades hospitalares da Rede Hospitalar, permitindo que a capacidade assistencial e a especialização de um hospital sejam adequadas às necessidades das populações.
41. As áreas de influência dos hospitais podem ser primárias/diretas ou secundárias/indiretas.
42. A área de influência indireta de um hospital engloba todas as populações cobertas pelas áreas de influência primárias dos hospitais que referenciam utentes para o hospital em causa.
43. Por seu turno, a área de influência primária de um hospital abrange a população que reside em torno do hospital, numa região pré-definida, seja por via contratual (como no caso das PPP), por referência legal (como no caso das ULS) ou mesmo por regulamento interno do hospital.
44. Excetuando o caso contratual das PPP e respeitando-se as delimitações das áreas de atuação das ARS, as áreas de influência primárias indicam as populações que cada hospital deve abranger, mas sem impedimento do acesso de utentes não cobertos pelas áreas de influência, fundamentalmente para que a liberdade de escolha dos utentes seja globalmente garantida.
45. Por outro lado, importa ressaltar¹ que alguns hospitais não têm áreas de influência primárias bem delimitadas, o que pode potencialmente resultar em desorganização na referência dos utentes, com conseqüentes atrasos e má referência, em prejuízo do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares.
46. Se, por um lado, há hospitais que têm áreas de influência definidas detalhadamente e com elevado rigor, inclusive ao nível de freguesias, por outro lado evidencia-se incerteza relativamente às populações abrangidas por alguns hospitais;
47. O que determina a necessidade de definição das áreas de influência dos hospitais, com vista à melhor organização e adequação dos hospitais para um maior acesso dos

¹ Tal como já explicitado pela ERS no Estudo para a Carta Hospitalar, publicado em www.ers.pt.

utentes aos cuidados de saúde hospitalares e à melhor satisfação das suas necessidades, sendo que tal definição não deve ser determinante para o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, mas apenas indicativo da referenciação ideal dos utentes, tendo em conta o tipo, a capacidade e o grau de especialização de cada hospital, bem como a distribuição geográfica dos hospitais.

III.2.3. Dos direitos e interesses legítimos dos utentes

48. Atendendo à situação de vulnerabilidade que, regra geral, apresentam os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde, torna-se ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.
49. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
50. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na sua alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*.
51. Norma que veio a ser consolidada no artigo 4.º (*“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, segundo o qual *“O utente dos serviços de saúde tem direito 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).
52. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
53. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
54. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente², segundo o qual deve ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo, em todas as fases do tratamento.
55. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre *“Os direitos do paciente”*, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da*

² Vd. o ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Doentes”.

medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”.

56. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, está a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.
57. Ou seja, deve ser reconhecido ao utente o direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, óbvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
58. Por outro lado, quando, na alínea c) da Base XIV da LBS, se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, tal imposição decorre diretamente do dever de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.
59. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter redobrado cuidado em respeitar as pessoas particularmente frágeis em razão de doença ou deficiência.
60. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.
61. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente, segundo o qual deverá ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo em todas as fases do tratamento.
62. Nesta conformidade, a política de saúde prossegue, como objetivo fundamental, entre outros, obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica e do local onde residam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços.

63. Cumprindo, por isso, analisar se o comportamento adotado pelo prestador, em causa nos presentes autos, foi suficiente para garantir o cumprimento do dever prestação de cuidados necessários, integrados e atempados, imposto ao mesmo.

III.3. Análise da situação concreta

64. Os factos em análise nos presentes autos prendem-se com a existência de constrangimentos no direito de acesso aos cuidados de saúde, em virtude dos critérios de organização e funcionamento instituídos pelo CHUC, para a gestão dos serviços de urgência, após o encerramento nocturno e ao fim-de-semana do Serviço de Urgência do Hospital Geral.

65. Por conseguinte, impõe-se determinar se, e em que medida, tais critérios conflituam com os direitos e interesses legítimos dos utentes, designadamente no que se refere à garantia de prestação integrada de cuidados de saúde.

66. Antes de mais, cumpre referir que a utente B.A. deu entrada no Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra a 28 de fevereiro de 2015 (sábado), pelas 18h29m, tendo sido triada como urgente (prioridade amarela), conforme se atesta do Relatório de episódio de urgência, junto aos autos a fls. 20 a 26.

67. Resulta, ainda, do aludido Relatório que além da triagem ter sido efetuada com carácter de urgência, o plano de intervenção adotado pelo Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra previa uma intervenção cirúrgica, e bem assim a imediata realização de “*Rotinas pre operatorias*” (cfr. fls. 20 dos autos).

68. Pelo que, a utente iniciou as referidas rotinas pré-operatórias às 19h32m, com realização de análises, exame Torax 1 Inc. e ECG Simples de 12 Derivações, conforme, de resto, resulta do aludido Relatório, designadamente a fls. 21 a 24 dos autos.

69. Contudo, e não obstante o quadro clínico *supra* referido, bem como os procedimentos pré-operatórios iniciados, a utente recebeu “*Alta para o Domicílio / Exterior Não Referenciado*” (cfr. fl. 26 dos autos), com indicação para recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital Geral, no dia útil subsequente (i.e., 2.^a feira), uma vez que, atenta a área de residência da utente, esse S.U. seria o territorialmente competente para a realização da intervenção cirúrgica em apreço.

70. Aqui chegados, impõe-se analisar os critérios de organização e funcionamento instituídos pelo CHUC, sobretudo as normas internas de transferência de doentes entre o Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra e o Serviço de

- Urgência do Hospital Geral, após o encerramento nocturno e ao fim-de-semana deste último.
71. Sendo que, resulta claro do documento junto aos autos pelo CHUC (*cfr.* fl. 30), sob a epígrafe *Normas de Actuação da Equipa* que, “A transferência de doentes para o Hospital Geral (HG) só pode ocorrer para serviço de internamento. [...] desde que não haja risco clínico para o doente.”.
72. Mais dispondo no ponto 2. do aludido documento, relativamente ao “[...] **Internamento de doente com episódio agudo de urgência da área de residência do HG** e que durante esse período recorre ao SU – A (pólo HUC) e que tenha indicação para internamento, poderá ser internado no HG respeitando as seguintes normas: a) Situação clínica estável b) Sem risco de necessitar a curto prazo de especialidade inexistente no hospital geral (HG) c) Histórico clínico no Hospital Geral (incluindo internamento recente <30dias, e referência pelo HG para a Rede Cuidados Continuados) d) Sem histórico clínico no HG mas residente na área do HG, a decisão de internamento será do Chefe de Equipa depois de avaliada disponibilidade de camas em ambos os hospitais (HUC e HG)”.
73. De resto, esses mesmos critérios resultam do documento junto aos autos pelo CHUC (*cfr.* fls. 31 a 33), intitulado de *Transferência de Doentes para Internamento Entre os Dois Pólos (A ou B) Após Admissão Pelos Serviços de Urgência (A ou B)*.
74. Com a diferença de que, este último documento prevê a existência do critério da área de residência, “ainda que como ultimo critério”.
75. Sendo que, *in casu* o Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra actuou em clara desconformidade com os procedimentos internos, uma vez que não empregou o critério de residência apenas como *ultima ratio* e, a transferência da utente para o Serviço de Urgência do Hospital Geral não visava uma situação passível de preenchimento dos critérios clínicos de internamento, dado que, e em primeira linha, o que a utente necessitava era de uma intervenção cirúrgica em contexto de episódio de urgência, que não se insere no âmbito de funcionamento daqueles critérios.
76. Mas, ainda que assim não se entendesse, sempre se dirá que a utente B.A. nem sequer respeitava o critério previsto no ponto 4. das normas internas de *Transferência de Doentes para Internamento Entre os Dois Pólos (A ou B) Após Admissão Pelos Serviços de Urgência (A ou B)*, i.e., a de “doente sem necessidade a curto prazo de especialidade médico-cirúrgica inexistente no pólo HG”.
77. Precisamente porque era no curto prazo que a utente necessitava de uma especialidade médico-cirúrgica, suscetível de reverter o quadro clínico que

- apresentava, por meio da necessária intervenção cirúrgica de urgência que, mercê do encerramento do Serviço de Urgência do Hospital Geral, não poderia ali ser realizada.
78. Assim, seriam totalmente inaplicáveis ao caso em apreço os critérios para operar a transferência da utente entre os dois pólos de Urgência, muito menos tendo por referência o critério da área de residência.
79. Acresce que tal entendimento é, também, perfilhado pela ARS Centro quando, na resposta ao pedido de informação da ERS, esclarece que *“Não há qualquer informação de limitação de atendimento no serviço de urgência, tendo por critério a área de residência.”*
80. Sendo tal facto corroborado pelo próprio CHUC, na missiva dirigida à ARS Centro em 12 de novembro de 2013, junta aos autos pela ARS Centro (cfr. fl. 48), quando refere que *“[...] a Urgência do CHUC passará a um pólo durante os fins de semana, nos HUC-CHUC, à semelhança do que já sucede nos períodos nocturnos.”*
81. Temos assim que, o Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra era elegível para a prestação de cuidados à utente B.A., não operando aqui um qualquer critério da área de residência, em virtude da especificidade requerida pela prestação de cuidados, *in casu*, uma intervenção cirúrgica em contexto de episódio de urgência.
82. Ademais, e como refere o perito médico consultado pela ERS, na avaliação técnica dos factos, *“[...] o SU CHC era o único SU aberto, com disponibilidade para resolver o problema da doente. [...] De acordo com as determinações internas do Conselho de Administração do CHUC, o encerramento do SU do HC após as 20 horas e aos fins-de-semana, implica que os doentes devem ser tratados no SU disponível, uma vez que se trata de uma situação urgente. Se o não fosse, a doente deveria ser orientada para a consulta externa e ser tratada a partir daí, o que não sucedeu. A doente teve alta do SU dos CHC e foi orientada para o SU do HC que até se encontrava encerrado.”*
83. Mais mencionando que, *“[...] o protelamento do tratamento da doente poderia ter tornado a situação mais complexa tal como se pode verificar nos registos clínicos da segunda ida ao SU, na unidade HC. Acresce que a transferência entre Instituições do SNS só deve acontecer quando a situação clínica do doente não tiver potencial de agravamento, o que também parece não ser a situação.”*
84. De tal forma que, resultando dos autos a urgência na intervenção cirúrgica a realizar à utente, bem como a inexistência de alternativa, em tempo útil, ao Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, não se compreendem os argumentos aduzidos por esse S.U. para dar alta à utente para o domicílio.

85. Pelo que tudo equacionado, se conclui que a alta clínica da utente B.A., em momento prévio à realização de uma intervenção cirúrgica de que necessitava e no decurso dos procedimentos preparatórios para a mesma, não é consentânea com a obrigação que sobre o Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra impendia de, enquanto unidade do SNS, garantir à utente uma prestação integrada de cuidados de saúde.
86. Não se podendo senão concluir que, o procedimento empregue pelo Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra não foi consentâneo com as garantias dos direitos e legítimos interesses da utente.
87. Termos em que, cumpre considerar que os procedimentos assistenciais empregues pelo Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra não foram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos da utente B.A., o que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à proteção da saúde e à continuidade dos cuidados prestados.
88. Já no que respeita à situação noticiada pelos meios de comunicação social, relativa à morte do utente J.F. e, analisados os factos apurados no decurso dos presentes autos, constata-se que não se mostraram incumpridos, pelo Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, os critérios internos de *Transferência de Doentes para Internamento Entre os Dois Pólos (A ou B) Após Admissão Pelos Serviços de Urgência (A ou B)*.
89. Com efeito, da análise ao relatório do episódio de urgência deste utente (*cfr.* fls. 55 a 66 dos autos), verifica-se que o mesmo se encontrava em situação clínica estável aquando da transferência para continuidade de tratamento no hospital da área de residência (i.e., no Serviço de Urgência do Hospital Geral).
90. Mais se averiguou que foi realizada a necessária avaliação prévia ao transporte de doentes (*cfr.* fl. 77 dos autos), da mesma resultando que o utente cumpria as condições necessárias à realização da transferência, sem necessidade de acompanhamento por enfermeiro e/ou médico.
91. De tal forma que, conforme conclui o perito médico consultado pela ERS, “[...] O boletim de transporte inter-hospitalar está adequadamente preenchido não fazendo prever o desfecho sucedido. [...] Nesta situação parece tratar-se de uma infeliz coincidência, em que o desfecho não era previsível, tendo o doente falecido, muito provavelmente, de causas naturais.”

92. Sendo certo que, no caso do utente J.F. não se logrou demonstrar que tenha ocorrido um qualquer constrangimento do direito de acesso do utente, nem tão pouco uma quebra no nível da prestação de cuidados de saúde.
93. Por todo o vindo de expor, considera-se pertinente a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., no sentido de garantir o cumprimento dos procedimentos instituídos em matéria de acesso e prestação integrada de cuidados de saúde aos utentes que recorram ao Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, na sequência do encerramento nocturno e ao fim-de-semana do Serviço de Urgência do Hospital Geral, obviando à repetição de situações futuras de índole idêntica à ocorrida.
94. Diferentemente, tendo presentes os factos apurados nos autos relativamente ao utente J.F., não se considera necessária uma intervenção regulatória quanto aos procedimentos levados a cabo pelo Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, porquanto os mesmos se revelaram consentâneos com o cumprimento das normas instituídas, não tendo resultado da sua intervenção um constrangimento do direito de acesso do utente.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

95. 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 de Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido notificados para se pronunciarem relativamente ao projeto de deliberação da ERS, no prazo de 10 dias úteis, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC) e a utente B.A.
96. Já no decurso do prazo concedido para audiência escrita dos interessados, e por notícias divulgadas nos meios da comunicação em 27 de maio de 2017, tomou a ERS conhecimento de que alegadamente “[...] *uma mulher de 84 anos morreu [...] após uma transferência dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) para a do Hospital dos Covões, [...] numa “ambulância normal”, acompanhada de enfermeiro e com monitorização. [...]”*”.
97. Assim, para melhor enquadramento da situação relatada, por ofício de 29 de maio de 2017, a ERS enviou um pedido de esclarecimentos ao CHUC, excecionalmente prorrogando, pelo período de 5 (cinco) dias úteis, o prazo anteriormente concedido ao

prestador para, querendo, se pronunciar sobre o conteúdo do projeto de deliberação e, concretamente solicitando o seguinte:

“[...]”

1. *Se pronunciem sobre o teor das referidas notícias, acompanhado do envio de cópia do relatório do episódio de urgência respetivo;*
2. *Descrição de todas as etapas percorridas pela utente desde a admissão até à alta por transferência, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, acompanhada do respetivo suporte documental;*
3. *Indicação dos fundamentos para a transferência da utente, acompanhado do suporte documental que o evidencie.*
4. *Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência da utente, acompanhado do respetivo suporte documental, designadamente, cópia das fichas que suportam as diligências de contacto realizadas para o efeito e bem assim cópia da ficha de avaliação para aferição do cumprimento das condições necessárias à realização do transporte e profissional responsável pela mesma;*
5. *Indicação do concreto meio utilizado para realização da transferência e respetiva equipa, acompanhado do suporte documental respetivo;*
6. *Procedam ao envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais que V. Exas. considerem relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]”*

98. Em 7 de junho de 2017, o CHUC remeteu os esclarecimentos solicitados pela ERS, abstendo-se, no entanto, de se pronunciar quanto ao teor do projeto de deliberação da ERS.

99. Por outro lado, da resposta rececionada, cumpre ressaltar os seguintes esclarecimentos prestados pelo CHUC:

“[...]”

1. *O episódio é referente à doente G.R. de 84 anos, que faleceu no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, após transferência interna da urgência do polo Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), para o polo Hospital Geral, para internamento. Junto cópia do episódio de urgência do polo Hospitais da Universidade de Coimbra (anexo 1).*
2. *A doente foi admitida em 25 de maio de 2017, pelas 06h e 13 minutos, na urgência do polo HUC, sendo triada com cor “amarelo – urgente”, foi observada e efectuou*

- exames complementares e terapêutica, com acompanhamento e reavaliações, conforme registos em anexo 1. Foram estabelecidos os diagnósticos registados e tem registo de decisão de transferência às 10h e 30 minutos e registo de decisão de alta às 10h e 46 minutos. Foi estabelecido avaliação prévia ao transporte segundo protocolo de transporte de doentes, avisada a família, e efectuada a transferência aproximadamente pelas 11h 45m, tendo-se mantido neste período na área médica sob vigilância. O profissional que efectivou a alta é o Dr. D.D. (nº mecanográfico CHUC - [...]).*
3. *Os fundamentos para a transferência foi a necessidade de internamento, dando continuidade aos cuidados médicos e à informação clínica presentes no polo Hospital Geral, onde a doente teve vários internamentos prévios, o último com alta a 16 de Maio, sendo uma readmissão ao 9º dia.*
 4. *Os procedimentos incluíram a avaliação do score prévio ao transporte, neste caso “score 4”, indicando a necessidade nível B, o que estabelece “veículo – ambulância normal; equipa – enfermeiro, equipamento – monitor, injectáveis + soros”. O chefe de equipa que certificou o transporte foi a Dra. S.L. (nº mecanográfico CHUC - [...]) e a enfermeira coordenadora M.N. (nº mecanográfico - [...]). Junto folha de avaliação (anexo 2).*
 5. *O transporte efectivou-se em ambulância do CHUC, EPE, a qual se tratava de ambulância medicalizada, com monitor, mala fármacos de urgência e material de suporte de via aérea (veículo com matrícula – 60-II-42). Acompanhou a doente a enfermeira F.O. (nº mecanográfico CHUC - [...]).*
 6. *Enviamos informação suplementar em anexo 3 – ficha de urgência do polo HG. [...].”*
100. *Em anexo à referida resposta, remeteu o CHUC cópia do respetivo relatório de episódio de urgência no polo HUC onde se identifica que a utente foi triada com prioridade amarelo – Urgente, correspondendo ao fluxograma 7 – comportamento estranho, sendo que após observação por Medicina foi a utente transferida para o SU-HG.*
 101. *O CHUC remeteu, também, o documento de Avaliação Prévia ao Transporte de Doentes, do qual resulta um score 4 para transporte da utente e por isso com indicação para “Ambulância Normal”, com equipa composta por “Enfermeiro”, monitorização “Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva”, e equipamento “Standard” ambulância AMS + Monitor de transporte, injectáveis + soros”.*
 102. *Foi ainda remetido pelo CHUC cópia do relatório de episódio de urgência no polo HG, onde se identifica que a utente foi triada com prioridade Vermelho – Emergente, com*

indicação “*Transferida dos HUC para a Medicina, deu entrada no SU em PCR*”, tendo o óbito sido declarado pelas 12h00.

103. Assim, tendo em conta a necessidade de nova avaliação técnica dos factos em presença, em 14 de junho de 2017, foi solicitada uma adenda ao parecer do perito médico da ERS, cujas conclusões se reconduzem a:

“[...]”

ADENDA (14/06/2017) – *Esta situação, similar à anterior, trata-se de um transporte de doente com mau prognóstico, conforme registado em observações clínicas, num contexto de alterações hidro-electrolíticas, ICC aparentemente descompensada, IR em estágio V (que poderia necessitar de suporte dialítico?), com EAM tipo 2 e com pace-maker (não considerado no boletim de transporte, mas sem impacto no calculo final). A transferência deste doente parece-me extemporânea do ponto de vista clinico, ainda que entenda que provavelmente, o desfecho seria similar na ausência de transferência. No entanto, não está referido em registo clinico que se tratasse de doente com critérios para não reanimação (aliás, esta foi tentada na Unidade de destino). Atendendo à aparente não estabilidade clinica do doente entendo que o cumprimento das “legis artis” será questionável nesta situação concreta.”.*

104. Ora, considerando a informação disponibilizada pelo prestador, bem como o parecer do perito médico da ERS, resultam dos autos novos indícios de incumprimento por parte do Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, dos critérios internos de *Transferência de Doentes para Internamento Entre os Dois Pólos (A ou B) Após Admissão Pelos Serviços de Urgência (A ou B)*.
105. Com efeito, e como refere o perito médico consultado pela ERS, “*trata-se de um transporte de doente com mau prognóstico, conforme registado em observações clínicas, num contexto de alterações hidro-electrolíticas, ICC aparentemente descompensada, IR em estágio V (que poderia necessitar de suporte dialítico?), com EAM tipo 2 e com pace-maker (não considerado no boletim de transporte, mas sem impacto no calculo final).*”.
106. Pelo que, não se encontrando a utente G.R. estável do ponto de vista clínico, conforme de resto resulta do relatório do episódio de urgência desta utente (*cf.* fls. 128 a 135 dos autos), seriam inaplicáveis os critérios internos para a transferência da utente para o pólo do Hospital Geral.
107. Acresce que, conforme refere o perito médico consultado pela ERS, “*A transferência deste doente parece-me extemporânea do ponto de vista clinico, ainda que entenda que provavelmente, o desfecho seria similar na ausência de transferência. No entanto, não*

está referido em registo clínico que se tratasse de doente com critérios para não reanimação (aliás, esta foi tentada na Unidade de destino). Atendendo à aparente não estabilidade clínica do doente entendo que o cumprimento das “legis artis” será questionável nesta situação concreta.”.

108. Não se podendo senão concluir que a conduta do Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra não se revelou adequada à necessidade de garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo adequado à utente G.R.;
109. Assim se reforçando a necessidade de emissão da instrução projetada, no sentido do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. garantir o cumprimento dos procedimentos instituídos em matéria de acesso e prestação integrada de cuidados de saúde aos utentes que aí recorrem.
110. Motivo pelo qual se mantém na íntegra a decisão projetada.

V. DECISÃO

111. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º, e da alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), no sentido de dever:
 - (i) Garantir, de forma permanente e efetiva, o acesso à prestação integrada de cuidados de saúde aos utentes que recorram ao Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, na sequência do encerramento nocturno e ao fim-de-semana do Serviço de Urgência do Hospital Geral, abstendo-se de, por via do critério de residência, adiar a prestação de quaisquer cuidados que se revistam de carácter urgente ou emergente;
 - (ii) Garantir que, quaisquer procedimentos e regras aplicáveis em matéria de transferência de utentes [*Transferência de Doentes para Internamento Entre os Dois Pólos (A ou B) Após Admissão Pelos Serviços de Urgência (A ou B)*], sejam aptos a garantir a integração e tempestividade dos cuidados prestados;
 - (iii) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis após a notificação da decisão final, das medidas adotadas para cumprimento do determinado nos pontos anteriores.

112. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1.000,00 a €44 891,81, “[...] 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”.

Porto, 28 de junho de 2017.

O Conselho de Administração.