

**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/047/2017.

## **I. DO PROCESSO**

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

1. Em 9 de maio de 2017, a ERS (doravante abreviadamente ERS) tomou conhecimento de uma notícia, veiculada pelos meios de comunicação social, segundo a qual *“um homem de 45 anos sofreu queimaduras de terceiro grau na face, em Alcácer do Sal [...] e passou pelos hospitais de Santa Maria, em Lisboa, e São Bernardo, em Setúbal, antes de dar entrada na unidade de queimados de Coimbra.”*
2. Para uma averiguação preliminar e expedita dos factos ali descritos, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/043/2017.
3. No entanto, face à necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 2 de agosto de 2017, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/047/2017.

4. De referir que, o presente processo de inquérito se iniciou com base no teor da notícia *supra* referida, não tendo chegado ao conhecimento da ERS, até ao momento presente, qualquer reclamação concreta do utente.

## **I.2. Diligências**

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
  - (i) Pedido de elementos enviado ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (doravante abreviadamente CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (doravante abreviadamente INEM), por ofício datado de 9 de maio de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 30 de maio de 2017;
  - (ii) Pedido de elementos enviado ao Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (doravante abreviadamente CHS), por ofício de 5 de junho de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 3 de julho de 2017;
  - (iii) Pedido de elementos enviado à Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano, E.P.E. (doravante abreviadamente ULSLA), por ofício de 5 de junho de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 30 de junho de 2017;
  - (iv) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (doravante abreviadamente SRER) da ERS relativa à inscrição da ULSLA, constatando-se que a mesma é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita no SRER da ERS sob o n.º 24311;
  - (v) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à ULSLA em 3 de agosto de 2017;
  - (vi) Pedido de relatório de apreciação clínica a perito médico consultor da ERS a 23 de agosto de 2017, e análise do respetivo parecer.

## **II. DOS FACTOS**

6. Em 9 de maio de 2017, a ERS tomou conhecimento da notícia veiculada pelos meios de comunicação social, segundo a qual *“um homem de 45 anos sofreu queimaduras de terceiro grau na face, em Alcácer do Sal, esta manhã de segunda-feira, e passou pelos hospitais de Santa Maria, em Lisboa, e São Bernardo, em Setúbal, antes de dar entrada na unidade de queimados de Coimbra.”*

7. Nessa senda, e face à necessidade de enquadrar a factualidade noticiada foi enviado um pedido de elementos ao CODU do INEM, por ofício datado de 9 de maio de 2017, solicitando o seguinte:

“[...]”

- i. Indicação se o CODU foi contactado para acionamento de meios de socorro para o local do acidente e envio de cópia do respetivo verbete de transporte/socorro;*
- ii. Em caso afirmativo, informação sobre o diagnóstico realizado à chegada ao local do acidente;*
- iii. Indicação do ponto da rede de urgência - concreto prestador de cuidados de saúde - para onde foi realizado o transporte primário do utente;*
- iv. Confirmação da receção de informação sobre a necessidade de transferência do utente para o CHLN – Hospital Santa Maria, acompanhado do envio de cópia do respetivo verbete de transporte/socorro;*
- v. Confirmação da receção de informação sobre a necessidade de transferência do utente para o CHUC, por falta de vagas no CHLN – Hospital Santa Maria, acompanhado do envio de cópia do respetivo verbete de transporte/socorro;*
- vi. Envio de quaisquer outros elementos considerados relevantes para o esclarecimento da situação em causa. [...]”*

8. Por ofício rececionado pela ERS em 16 de maio de 2017, veio o CODU prestar os esclarecimentos suscitados, de onde cumpre destacar o seguinte:

“[...]”

- 1. Dos registos disponíveis nos nossos serviços não consta nenhum registo de chamada telefónica transferida pela Central 112 para o CODU a ser solicitado socorro para o local do alegado acidente, em Alcácer do Sal, nos termos descritos na notícia anexa ao ofício remetido por V/;*
- 2. Confirma-se, outrossim, que pelas 12h53m26s foi recebida no CODU uma chamada proveniente do Hospital de Setúbal, efetuada pela Chefe de Equipa de Cirurgia Geral, a Dr.<sup>a</sup> A. A., a pedir ajuda para encontrar vagas para 2 (dois) queimados, uma vítima do sexo masculino de 18 anos com queimadura por água e vapor e, ainda, para uma vítima do sexo masculino de 45 anos com queimadura da face por chama elétrica provocada aquando do manuseamento de quadro de alta tensão;*

3. *Com efeito, na mesma chamada é referido que já havia sido contactado o Hospital Santa Maria e o Hospital de São José, não existindo vagas na unidade de queimados dos respetivos hospitais (Ponto V);*
4. *Pelo que, apenas aquando da chamada efetuada pela Chefe de Equipa de Cirurgia Geral do Hospital de Setúbal, ao ser solicitado um transporte secundário, teve o CODU conhecimento da necessidade de transferência do doente para o CHUC por falta de vagas no CHLN – Hospital de Santa Maria;*
5. *Cumprе esclarecer que referiu igualmente que “o Hospital Litoral Alentejano terá enviado este último doente (Masculino, 45 anos) sem qualquer aviso prévio, efetuado quer para o CODU, quer para o Hospital de Setúbal”;*
6. *Perante a informação recebida, o Médico Regulador de serviço no CODU Lisboa realizou todos os contactos necessários para que fossem encontradas vagas noutros hospitais com as valências adequadas;*
7. *Deste modo, foi contactado o CHUC que informou ter vagas disponíveis para ambos os doentes;*
8. *Posteriormente, às 13h38m04s foi recebida no CODU nova chamada efetuada pela Chefe de Equipa de Cirurgia Geral do Hospital de Setúbal, a solicitar um Helitransporte apenas para o doente do sexo masculino de 45 anos, tendo sido confirmada a vaga no CHUC pelo Dr.º M. V., que recebeu o doente. [...].”*
9. Em anexo ao ofício de resposta, o CODU remeteu, ainda, à ERS a cópia da Ficha CODU n.º I170460486 e n.º I170460637, a cópia do Verbete de Socorro/Transporte da Ambulância de Emergência Médica Setúbal 2 (SBSTB2) e cópia da Ficha de Observação Médica do Helicóptero INEM de Évora (Heli Évora), todos datados de 8 de maio de 2017.
10. Assim, e tendo em consideração os esclarecimentos prestados pelo CODU, a ERS remeteu ao CHS um pedido de elementos, por ofício de 5 de junho de 2017, concretamente solicitando o seguinte:  
  
“[...]”
  1. *Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada sobre a situação descrita na aludida notícia, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais;*
  2. *Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente) e cópia do relatório do episódio de urgência (Alert), de 8 de maio de 2017;*

3. *Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pelo utente 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;*
  4. *Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente quer para o Hospital Santa Maria, quer para o Hospital de São José, quer para o CHUC, acompanhados do respetivo suporte documental, designadamente, cópia das fichas que suportam as diligências de contacto realizadas para o efeito, indicando:*
    - i. *Data e hora da realização do contacto;*
    - ii. *Identificação do profissional responsável pela realização do contacto por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*
    - iii. *Concretização dos cuidados específicos que se visavam acautelar com a transferência do utente.*
  5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
11. Adicionalmente foi remetido um pedido de elementos à ULSLA, também por ofício datado de 5 de junho de 2017, solicitando que:
- “[...]”
1. *Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada sobre a situação descrita na aludida reclamação, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais;*
  2. *Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente) e cópia do relatório do episódio de urgência (Alert), de 8 de maio de 2017;*
  3. *Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pelo utente 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;*
  4. *Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente para o Hospital de Setúbal, acompanhados do respetivo suporte documental, designadamente, cópia das fichas que suportam as diligências de contacto realizadas para o efeito.*

5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*.
12. Por ofício rececionado pela ERS em 30 de junho de 2017, veio a ULSLA prestar os esclarecimentos solicitados, afirmando que:

*[...]*

*Em resposta ao V/ ofício OS.82739/2017 de 05/06/2017, referente ao pedido de elementos sobre situação ocorrida no SUB de Alcácer do Sal, e de acordo com as informações prestadas pelo Sr. Coordenador da UCSP, Dr. C.L., informamos o seguinte:*

- 1- Dia 8 de Maio de 2017 deu entrada no SUB de Alcácer, vítima de queimadura elétrica, o doente J.T. [...].*
- 2- O doente entrou pelas 10:29 horas pelos seus próprios meios, acompanhado pelo colega que o trouxe em viatura própria.*
- 3- Às 10h:32m o doente apresentava-se sem alterações do estado de consciência, sem qualquer dificuldade respiratória nem alteração dos sinais vitais, tendo sido avaliado pela Dra. P.Z. [...].*
- 4- O doente apresentava queimaduras da face grau 2/3 especialmente ao nível das orelhas e nariz, conforme cópia de admissão que se anexa.*
- 5- Perante as queimaduras, que na opinião da colega necessitavam de atenção especializada, contactou telefonicamente o HS José, onde a Enfermeira E. da unidade de queimados forneceu as primeiras indicações de tratamento e contactou a Dr.<sup>a</sup> M., responsável da Unidade de Queimados, que lhe afirmou não ter vagas disponíveis. Informou também que as vagas eram de carácter nacional, pelo que teria que se indagar da existência de vagas noutras unidades hospitalares, como HS Maria ou Coimbra ou Porto.*
- 6- Após esta indicação, a colega contactou a unidade de queimados do HS Maria e a chamada telefónica foi transferida para a Unidade de Cirurgia maxilo-facial, onde mais uma vez foi informada da não existência de vagas.*

*Não nos é possível documentar os contactos telefónicos efetuados para os diversos hospitais, uma vez que não dispomos de serviço de gravação de chamadas.*
- 7- Perante a inexistência de solução em serviço especializado de proximidade, e após contacto telefónico com o Coordenador da UCSP concluiu-se que a melhor solução seria enviar o doente para uma unidade hospitalar de referência em cirurgia, tendo*

*à sua disposição outras especialidades, que o doente pudesse vir a necessitar, nomeadamente o Centro Hospitalar de Setúbal.*

- 8- *Foi também fator de decisão a facilidade de acesso de transporte em AE, com curto tempo de duração (cerca de 20 min) e essencialmente o fator proximidade, uma vez que se o doente fosse enviado para o HLA demoraria bastante mais tempo de viagem, seria mais incómoda (dado o mau estado da estrada nacional) e posteriormente teria que fazer o percurso inverso quando e se decidisse enviar para unidade especializada.*
- 9- *Após a terapêutica prestada (descrita detalhadamente na ficha clínica) e os contactos telefónicos efetuados, o doente foi transferido para o HSB, tendo alta pelas 11:15h.*
- 10- *O doente, na altura, apresentava as mesmas condições clínicas que revelou à entrada, ou seja, sinais vitais estáveis, ECG sem alterações, consciente e sem dificuldade respiratória, pelo que se decidiu o seu transporte em ambulância sem acompanhamento médico, uma vez que não parecia ser previsível que a situação se alterasse no curto trajeto a efetuar.*
- 11- *Quanto ao facto de não ter sido contactado o CODU, tal não pareceu relevante, sendo comum a indicação de que seja o SUB a tentar arranjar vaga para os doentes, o que, como já se verificou, não surtiu qualquer efeito.*
- 12- *Às razões expostas que parecem as mais relevantes, acresce o facto do doente residir no Seixal, pelo que, por maior razão não faria sentido enviá-lo para um hospital ainda mais distante (cerca de 140km) do que o HSB, unidade de reconhecido mérito e melhor apetrechada, quer em recursos humanos, quer materiais, para lidar, mesmo que temporariamente, com a situação clínica deste doente. [...].”*
13. Por seu turno, e por ofício rececionado pela ERS em 3 de julho de 2017, veio o CHS informar:
- “[...]”
- O Sr. J.T. foi transportado no dia 08-05-2017 ao Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, por corporação de bombeiros com “queimaduras de 3º grau na face” sem acompanhamento médico e (ou de enfermagem) e sem aviso prévio, envolto em ligaduras que apenas poupavam a boca e os olhos.*
- A Chefe de equipa (Dra. I. B.) contactou o Diretor do Serviço de Urgência Geral (Dr. V. A.) que, de imediato, solicitou à equipa cirúrgica (Dra. A. A. e Dra. I. S.) a observação*

do utente em apreço. Na altura outro doente, vítima de queimadura em ambiente industrial encontrava-se a receber cuidados médicos em ambiente de urgência. O Diretor do Serviço de Urgência Geral contactou com o Centro de Saúde de Alcácer do Sal tendo conversado com a colega de serviço que referiu ter realizado contacto telefónico com o Hospital de São José e Santa Maria, sendo informada de ausência de vagas disponíveis e da recomendação de contacto com outras unidades de queimados do país, nomeadamente a de Coimbra pela proximidade relativamente ao Porto.

De igual modo mencionou ter recebido ordem da Diretora do Centro de Saúde para enviar o doente para o Centro Hospitalar de Setúbal.

Em conformidade, o Diretor do Serviço de Urgência Geral enviou, com conhecimento do Diretor Clínico, Dr. N. F., nessa data um mail que constava o conjunto de procedimentos adotados:

- a) O doente era da área de influência do Hospital Litoral Alentejano, com a valência de Cirurgia Geral
- b) O não contacto com o CODU atendendo à gravidade e tipografia da queimadura com veracidade de ponderar intubação... de meios de helitransporte
- c) O não aviso da instituição hospitalar de destino
- d) O não acompanhamento do queimado.

[...]

O doente foi avaliado e, consoante o registado no ALERT, tratado em conformidade pela Dra. I. S. sendo intubado por via OT, colocado o cateter venoso central (com controlo radiológico inerente) e contactada a unidade de Coimbra e CODU pela Dra. A. A. tendo-se operado à transferência por helicóptero. [...].”

14. Em anexo a tais esclarecimentos, o CHS juntou cópia do Relatório de Urgência do utente, de 8 de maio de 2017, do qual consta, no que de relevante comporta para esta sede, o seguinte:

“[...]

**Triagem de Manchester**      **Queixa:** Doente que veio do SUB de Alcácer, por queimadura de 3º na face.

**Prioridade:** Laranja – Muito urgente

**Fluxograma:** Queimaduras profundas e superficiais

**Discriminador / razão da passagem pela urgência:** Dor severa

**Sinais vitais lidos:** Dor – 9 (0-10) [...]

Contacto com CODU

- Vaga na Unidade de Queimados no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra -  
Dr. M. V.

Contacto com equipa de helitransporte – Dr. L. G.

- pedido de colaboração de CVC [...]

**Alta médica**      **Alta para:** Alta para outra Instituição

**Destino:** Outro Hospital

**Tipo de Alta:** Activa

**Estado do paciente:** Estável

**Notas adicionais:** Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Unidade de Queimados

**Responsável por activação da alta:** I. S., Dra. (Cirurgia) [...]

15. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos factos em presença, em 23 de agosto de 2017, foi solicitado parecer ao consultor médico da ERS, cujas conclusões, em suma, se reconduzem a:

“[...]”

*Trata-se de situação de doente sujeito a queimadura de 3º grau da face e via aérea superior na sequência de explosão de quadro eléctrico.*

*O doente foi transportado por colega de trabalho a SAP, em viatura própria, sem contacto com CODU.*

*A notícia que serviu de base ao processo de inquérito refere que o doente terá sido transferido para o Hospital de Santa Maria em ambulância de bombeiros, tendo sido devolvido à origem (SAP). No entanto, dos documentos enviados, não se pode validar esta informação.*

*Terá havido contacto entre o SAP e o Hospital de Santa Maria para tentativa de transferência do doente para esta Instituição, sem sucesso, por falta de vagas na Unidade de Queimados. Não terão sido fornecidas quaisquer indicações relativas à abordagem do doente a nível do SAP.*

*O doente terá sido, então, transferido para o Hospital de Setúbal, em ambulância de bombeiros.*

*No Hospital de Setúbal foram prestados cuidados ao doente, a saber, sedação, entubação oro-traqueal e ventilação assistida. Durante a entubação foi constatado atingimento da laringe pelas lesões de queimadura.*

*Nesta Instituição foi contactado o CODU, pela primeira vez, para tentativa de encontrar vaga em Unidade de Queimados e auxílio para a transferência do doente. O doente foi transferido por Heli-transporte para a Unidade de Queimados do CHUC. [...]”.*

16. Assim, concluí em suma o perito médico que:

*- “[...] A abordagem tida no SAP, [...] na tentativa de encontrar um destino “definitivo” (Unidade de queimados) para o doente e sem [...] contacto com o CODU, revela desconhecimento na abordagem deste tipo de situações, nomeadamente a nível da protecção da via aérea, que não foi efectuada. O transporte do doente para o Hospital de Setúbal, em ambulância não medicalizada e sem acompanhamento especializado, colocou o doente em risco, uma vez que não foram, na minha opinião, salvaguardadas as condições básicas de segurança, já referidas, para o transporte do mesmo.*

*- O contacto efectuado ao Hospital de Santa Maria e a falta de vagas referida, não desresponsabiliza esta Instituição na situação. Este contacto deveria ter permitido o esclarecimento dos colegas que tinham o doente em mãos, no SAP, sobre a abordagem do doente, eventual contacto com o CODU e condições para o transporte do mesmo.*

*- A abordagem a nível do Hospital de Setúbal parece adequada, não tendo qualquer referência a fazer à mesma. [...]”.*

### **III. DO DIREITO**

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

17. 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*”.

18. 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.”.*

19. 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.”.*

20. Consequentemente, a Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano, E.P.E. (ULSLA) é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita no SRER da ERS sob o n.º 24311.

21. 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*”.

22. 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, 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.

23. 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.
24. 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).
25. Já quanto ao objetivo regulatório de zelar pela prestação de cuidados de saúde, 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.
26. 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 direito de acesso aos cuidados de saúde de qualidade e em tempo clinicamente aceitável**

27. 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.
28. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, 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”;*

29. 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”;*

30. Por outro lado, e em concretização de tal garantia de acesso ao SNS, é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde um conjunto vasto de direitos, onde se inclui o direito a que os cuidados de saúde sejam prestados em observância e estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

31. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*.

32. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (*“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, recentemente alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril, 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).

33. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).

34. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.

35. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente<sup>1</sup>, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.

---

<sup>1</sup> Vd. o ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”.

36. 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 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*”.
37. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, obvio 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.
38. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito insito 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.

### **III.3. As Redes de Referência Hospitalar (RRH) como regras de acesso do utente aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde**

39. O direito à proteção da saúde, consagrado no art. 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), impõe o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), e com respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
40. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (LBS), 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*”;
41. Neste âmbito, o estabelecimento prestador de cuidados de saúde identificado nos autos integra, assim, o conjunto das “*instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde*”, isto é, pertencem ao SNS, tal

como definido pelo n.º 2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde, e cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

42. Acresce que, conforme resulta da alínea b) da Base XXIV da LBS, os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integralmente todos os cuidados de saúde, não só os hospitalares, mas também os primários, os continuados ou até os paliativos;
43. Nessa medida, o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde impõe-se, designadamente a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que estejam integrados no SNS e que, nesse caso, deverão garanti-lo em respeito pelos princípios da generalidade, da universalidade e da gratuitidade tendencial constitucionalmente considerados na concretização do direito à proteção da saúde.
44. Paralelamente, cumpre a este propósito ressaltar que, não obstante a Base XXIII da LBS classifique como complementar à atividade de prestação de cuidados de saúde o transporte de doentes;
45. Não pode, nem deve tal transporte ser processado de forma autónoma e não correlacionada com a efetiva prestação de cuidados de saúde;
46. Na medida em que os procedimentos adstritos ao transporte de doentes, não podem ser aptos a constringer *ab initio* o direito de acesso que a própria transferência visa acautelar com a procura de um nível de prestação de cuidados complementar ou até mesmo mais diferenciado;
47. O que necessariamente ocorrerá se não forem salvaguardados os padrões de qualidade, certeza e segurança exigíveis e que sejam aptos a garantir a dignidade e a prontidão exigidas à prestação de cuidados de saúde integrada de que o utente necessite.
48. Com efeito, uma forma de manifestação do princípio da generalidade no âmbito do SNS prende-se com a necessidade de se garantir uma correta referenciação de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.
49. As RRH são pois essenciais ao cumprimento da característica de generalidade do SNS, constituindo um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.
50. Por outro lado, o funcionamento e as imposições adjacentes ao funcionamento das RRH consubstanciam regras que, necessariamente, se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde como consagrado na Constituição e na lei. O

seu deficiente funcionamento impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efetivo não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.

51. Nesse âmbito, considerando que as regras respeitantes às RRH constituem regras de acesso, nos termos e para os efeitos dos Estatutos da ERS, devem as mesmas, ser garantidas pela ERS e, caso aplicável, o seu incumprimento ser sancionado ao abrigo dos poderes que lhe foram atribuídos pelas alínea a) e b) do artigo 12.º e alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º de tal diploma.
52. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.
53. Efetivamente, a atual organização do SNS assenta numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS seja, não somente *de iure* mas também *de facto*, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde organizado e hierarquizado.
54. Nesse sentido, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e, portanto, o que de si é esperado – para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança<sup>2</sup>.
55. Interessando que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor.

---

<sup>2</sup> Nesse âmbito, os contratos programa surgem como instrumentos detidos quer pelas ARS, quer pelos prestadores de cuidados de saúde, para a operacionalização das suas concretas responsabilidades. Neles são definidos os objetivos do plano de atividades de cada um dos estabelecimentos hospitalares e a subsequente contratualização com o Estado, mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função da produção contratada e dos resultados obtidos, devendo cada um dos prestadores cumprir as suas obrigações para garantir, obviamente e *in fine*, o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Assim, os contratos programa devem garantir os meios necessários ao cumprimento pelos hospitais contratantes, das regras determinadas por cada uma das RRH das quais os mesmos fazem parte integrante.

56. Na verdade, a referenciação de doentes deve ser assegurada para outras unidades hospitalares integradas no SNS quer quando a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respetivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referenciação em vigor, quer quando se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica, seja ela pontual ou permanente.
57. Mas daqui resulta não só a obrigatoriedade das unidades hospitalares referenciarem os utentes, mas também a obrigatoriedade de uma unidade hospitalar de referência aceitar receber os utentes transferidos de outros hospitais.
58. Tal obrigação de aceitação verifica-se naquelas situações em que as unidades referenciadoras de utentes não disponham de nível de referenciação adequado e ou de capacidade técnica.
59. E para tanto não deixa de relevar a revisão das Redes de Referenciação Hospitalar pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio<sup>3</sup>, que estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS, e define o respetivo processo de criação e de revisão, estando ali salientado que “[...] a referenciação de doente entre instituições hospitalares do SNS, conforme a diferenciação técnica dos cuidados de saúde a realizar no âmbito de cada especialidade, decorre das regras estabelecidas para cada RRH.”.

#### **III.4. A auto-suficiência regional**

60. A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde que “*são dotadas de meios de acção bastante para satisfazer autonomamente as necessidade correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos*” – cfr. n.º 1 e 2 da Base XVIII da LBS;
61. Consequentemente, o SNS detém uma organização de carácter regional, sendo administrado por cada uma das ARS, competentes por cada uma das regiões administrativamente organizadas.
62. As ARS desempenham um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência e, *in extremis*, na definição dos pontos de oferta da rede hospitalar e das próprias RRH.

---

<sup>3</sup> Que veio revogar as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 de abril e 123-A/2014, de 19 de junho.

63. A este respeito, note-se ademais que tem tipicamente sido incumbência das ARS “*garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção*” .
64. E é para cumprimento de tal atribuição fundamental que as ARS são dotadas de um extenso elenco de atribuições, entre outras, assegurar, na respetiva área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde, assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação e elaborar a carta de instalações e equipamentos das respetivas regiões de saúde.
65. Nessa medida, importa assumir que qualquer rede que determine regras concretas e claras de referenciação e/ou transferência de utentes e que *per si* necessariamente concretizem o direito e o concomitante dever de referenciação dos prestadores de cuidados de saúde nela integrados, tenha garantida a participação das entidades competentes a nível regional, pois que, só assim, poderão aquelas garantir o efetivo exercício do direito à proteção à saúde dos utentes e a verificação de cada uma das características essenciais do SNS, designadamente aquelas da universalidade e generalidade.
66. Do exposto resulta então que a organização do SNS assenta no princípio da auto-suficiência regional<sup>4</sup>, e que constitui, ademais, decorrência direta da opção constitucionalmente consagrada no que se refere à imposição de uma organização regionalizada e descentralizada do serviço nacional de saúde.
67. Sendo certo também que conforme já defendido pela ERS as RRH atualmente existentes se consubstanciam em meras linhas orientadoras, que estabelecem requisitos e critérios apresentados como desejáveis mas reconhecidos como inexistentes;
68. Constatação esta ainda não totalmente alterada, apesar do recente impulso ao processo de revisão das Redes de Referenciação Hospitalar, *supra* referido;
69. O qual, também se adiante, em nada parece anular o reconhecimento da necessidade reforçada de cada uma das ARS, por si e em concertação de esforços, se organizar, estruturar, publicitar e ordenar para cumprimento, pelos estabelecimentos do SNS das suas áreas geográficas, as RRH ou outras redes e regras julgadas necessárias ao cumprimento do carácter da universalidade e generalidade do SNS.

---

<sup>4</sup> Para um completo enquadramento do Princípio da Auto-Suficiência Regional consultar o Estudo da ERS para a Carta Hospitalar, publicado em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

70. Não obstante a natureza eminentemente regional das RRH, situações há em que o já referido princípio da auto-suficiência regional é adaptado por via da existência de realidades, cuja especificidade dos cuidados a prestar, por meio de equipamentos e recursos altamente qualificados, justifica um enquadramento nacional dos mesmos, como é o caso das unidades de transplantação, centros de reabilitação, alguns hospitais especializados ou certas unidades especializadas em tratamentos altamente diferenciados;
71. Aqui se enquadrando também as unidades de queimados.
72. Com efeito, nestes casos as necessidades a serem asseguradas a nível de instalações e equipamentos de saúde, bem como de coordenação e articulação dessas instalações e equipamentos, justificam que o seu planeamento e organização abranja todo o território continental.

### III.5. Análise da situação concreta

73. Os factos apurados no decurso dos presentes autos indiciam a existência de constrangimentos na realização da transferência do utente J.T., que impactam com o seu direito de acesso a uma prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde.
74. Com efeito, resulta da análise dos factos recolhidos no decurso das diligências encetadas pela ERS que:
- (i) O utente J.T. deu entrada no Serviço de Urgência de Alcácer do Sal – ULSLA, no dia 8 de maio de 2017, pelas 10h29m, com “**Proveniência:** EXTERIOR  
**Causa:** ACIDENTE DE TRABALHO”;
  - (ii) Foi observado pelas 10h32m, por Clínica Geral, constando do processo clínico a seguinte indicação: “*Queimadura de segundo e terceiro grau em toda a face com extensão ao pescoço, incluindo orelhas. Queimadura de cílios nasais, sobrancelhas e pestanas*”;
  - (iii) O utente recebeu alta clínica pelas 11h15m, com o destino “OUTRO HOSPITAL – HOSP SÃO BERNARDO”;
  - (iv) Pelas 12h00m do mesmo dia, o utente foi admitido no Hospital São Bernardo – CHS;
  - (v) Aí, o utente foi triado, pelas 12h26m, com cor Laranja – Muito Urgente e com a indicação: “*Doente que veio do SUB de Alcácer, por queimadura de 3º na face. [...] Fluxograma: Queimaduras profundas e superficiais Discriminador / razão*”;

**da passagem pela urgência:** *Dor severa* **Sinais vitais lidos:** *Dor – 9 (0-10)* [...]”;

- (vi) Teve a 1ª observação clínica pelas 13h25m, com a seguinte informação: “*Estima-se queimadura de 3º grau em cerca de 5% da superfície da área corporal* [...]”;
- (vii) Pelas 14h17m encontra-se registado no processo clínico do utente: “*Contacto com CODU – Vaga na Unidade de Queimados no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra* [...] *Contacto com equipa de helitransporte* [...]”;
- (viii) Pelas 14h41m, nas notas do Enfermeiro, pode ler-se “*Aguarda chegada de equipa de heli para transporte do doente para unidade de queimados de Coimbra.*”;
- (ix) E, pelas 15h01m, surge o registo de alta médica, com a seguinte indicação “**Alta para:** *Alta para outra instituição* **Destino:** *Outro Hospital* **Tipo de alta:** *Activa* **Estado do paciente:** *Estável* **Notas adicionais:** *Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Unidade Queimados*”.

75. Face à factualidade apurada é possível, então, concluir que num espaço temporal de 5 horas, e com diagnóstico de “*Queimadura da face, cabeça e pescoço*”, o utente J.T. foi sujeito a uma transferência da ULSLA para o CHS, e daí para o CHUC, onde, finalmente, veio a ser admitido na Unidade de Queimados.

76. Mais se apurou, no decurso dos autos, que o utente J.T. foi transferido da ULSLA para o serviço de urgência do CHS, sem qualquer acompanhamento médico e/ou de enfermagem e sem que o respetivo processo de transferência tivesse sido objeto de devida formalização junto do CHS.

77. Pois que, de acordo com as informações prestadas nos autos pelo CHS, o utente foi transferido da ULSLA para o “*Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, por corporação de bombeiros com “queimaduras de 3º grau na face” sem acompanhamento médico e (ou de enfermagem) e sem aviso prévio, envolto em ligaduras que apenas poupavam a boca e os olhos.*”.

78. Tendo tal facto sido corroborado pela própria ULSLA, em resposta ao pedido de elementos da ERS, ao transmitir que “*O doente, na altura, apresentava as mesmas condições clínicas que revelou à entrada, [...] pelo que se decidiu o seu transporte em ambulância sem acompanhamento médico* [...]”.

79. Ademais, e conforme informações prestadas nos autos pelo CHS, após receção do utente “*O Diretor do Serviço de Urgência Geral contactou com o Centro de Saúde de*

*Alcácer do Sal tendo conversado com a colega de serviço que [...] mencionou ter recebido ordem da Diretora do Centro de Saúde para enviar o doente para o Centro Hospitalar de Setúbal.”.*

80. Ora, a prestação de cuidados de saúde de qualidade impõe a definição de procedimentos articulados de transferência aptos a garantir a preparação de todo aquele processo, o qual não só deve ter interlocutores bem definidos, como um plano de cuidados previamente acordado, assegurando-se assim a prestação integrada de cuidados de saúde.
81. Plano de cuidados esse que se revela tão mais necessário e cuja maior acuidade se exige, quando está em causa a prestação de cuidados particularmente sensíveis e específicos como é o caso dos prestados pelas unidades de queimados, atenta a patologia de base em causa.
82. Assim, a realização da transferência do utente J.T., da ULSLA para o CHS, sem que a mesma tenha sido precedida de qualquer contacto prévio, no sentido de garantir a vaga necessária à admissão do utente e bem assim a transmissão dos concretos cuidados de que o mesmo necessitava, no específico quadro clínico de um doente queimado, impacta, gravemente, com o direito do utente de acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde necessários e adequados à sua situação clínica.
83. O que de resto é suportado pelo perito médico consultado pela ERS, ao concluir que *“O transporte do doente para o Hospital de Setúbal, em ambulância não medicalizada e sem acompanhamento especializado, colocou o doente em risco, uma vez que não foram, na minha opinião, salvaguardadas as condições básicas de segurança, já referidas, para o transporte do mesmo.”.*
84. O que se torna particularmente gravoso quando, *ab initio*, e de acordo com as informações prestadas à ERS, a USLA demonstrou ter consciência da necessidade do utente ser transferido para uma unidade de queimados, tanto mais que, como diz, contactou previamente o Hospital S. José – CHLC e o Hospital S. Maria – CHLN, tendo-se no entanto bastado com a resposta negativa à existência de vagas para proceder ao encaminhamento do utente para o CHS, não curando como devia, de junto do CODU obter as necessárias orientações para proceder à referência secundária do utente, o que só veio a ser feito pelo CHS, assim se prejudicando a integração dos cuidados a prestar.
85. O que necessariamente constitui um constrangimento do direito de acesso do utente, e uma incontornável quebra no nível da prestação de cuidados.

86. Ademais, não se pode olvidar que o utente necessitava da prestação de cuidados especializados, cuja diferenciação e *expertise* se encontra agregada em unidades de excelência, as quais, atenta a especificidade de planeamento e organização abrangem todo o território continental.
87. Refira-se a propósito que, atualmente, para referenciação de doentes adultos queimados graves, e após avaliação e estabilização em SU, se identificam “[...] *quatro Centros nacionais, nomeadamente: Hospital de São João, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de Santa Maria e Hospital São José*”<sup>5</sup>.
88. O que diz bem da necessidade de integração entre os cuidados a prestar pelas diferentes unidades, pois que a concentração de recursos terá como correlato direto a particular necessidade da sua gestão e distribuição, de acordo com a quota-parte que cada uma das instituições hospitalares envolvidas desempenha na prossecução das atribuições do SNS, mormente na perspetiva de garantia do direito de acesso dos utentes em causa.
89. Sendo, pois, incompreensível a decisão de transferência da ULSLA para o CHS, sem que antes se encontrassem esgotadas as possibilidades de tratamento do utente em unidade especializada para o efeito, como o era a Unidade de Queimados do CHUC, em alternativa aos contactos já efetuados junto do CHLC e CHLN;
90. Com a agravante da ULSLA não ter sequer articulado a transferência do utente com o CODU do INEM – entidade a quem compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referenciação e a adequação do respetivo transporte inter-hospitalar.
91. Não se compreendendo, por isso, a decisão da ULSLA ao concluir que “[...] *a melhor solução seria enviar o doente para uma unidade hospitalar de referência em cirurgia, tendo à sua disposição outras especialidades* [...]”;
92. Fazendo tábua rasa das regras referenciação de doentes adultos queimados graves;
93. E desencadeado uma segunda transferência, inteiramente desnecessária, do utente, desta feita do CHS para o CHUC.
94. Tudo concorrendo para que a conduta da ULSLA não se revele consentânea com a necessidade de, na lógica de funcionamento das Redes de Referenciação, cada instituição dever conhecer o que a si compete – e por tanto o que de si é esperado –

---

<sup>5</sup> Cfr. Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, publicado em [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt).

para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança;

95. Termos em que cumpre considerar que os procedimentos assistenciais empregues pela ULSLA não foram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos do utente J.T., que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à proteção da saúde e à continuidade dos cuidados prestados.
96. Por todo o vindo de expor, considera-se pertinente a emissão de uma instrução à ULSLA, no sentido de garantir o cumprimento das regras aplicáveis em matéria de transferência e referenciação de utentes, garantindo a integração dos cuidados de saúde prestados, e obviando à repetição de situações futuras de índole idêntica à ocorrida.

#### IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

97. 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 notificada para se pronunciar relativamente ao projeto de deliberação da ERS, no prazo de 10 dias úteis, apenas a Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano, E.P.E. (ULSLA), uma vez que a ERS nunca rececionou qualquer reclamação por parte do utente identificado na notícia que subjaz à abertura dos presentes autos.
98. Por ofício datado de 3 de outubro de 2017, a ULSLA pronunciou-se nos seguintes termos:

“[...]”

1. *Não podemos aceitar o relato dos factos vertidos no projeto de deliberação do Conselho de Administração da ERS, por insuficientes; Por conseguinte, não podemos aceitar a análise que deles se faz, por parcial; Nem podemos aceitar as conclusões que, - de tudo -, se retiram, por se fundarem em errados pressupostos de facto.*
2. *Que a atuação do Serviço de Urgência Básica (SUB) de Alcácer do Sal não foi exemplar e padeceu de deficiências a retificar, é para nós de líquido e foram já implementadas algumas medidas necessárias a acautelar idênticas situações futuras, mediante a divulgação pelo corpo clínico, da norma n.º 22/2012, de 26.12.2016 (atualizada em 13.07.2017), da Direção-geral da Saúde e encontra-se em preparação um conjunto de normas para situações como a que nos ocupa e*

*com vista à divulgação por todos os serviços da rede de urgência/emergência da ULSLA.*

- 3. Há, no entanto, aspetos relevantes que contendem efetivamente, com o acesso efetivo dos utentes aos cuidados de saúde, que carecem de melhor reflexão, para que não se atenham apenas ao saber escrito, considerando-se antes as reais dificuldades sentidas diariamente pelos serviços que prestam cuidados de saúde aos doentes, de forma diligente, esforçada e dedicada.*
- 4. Os factos apresentados transmitem a ideia de uma atuação leviana, - ao menos descuidada-, da SUB de Alcácer do Sal, no genérico tratamento e referenciação do doente.*
- 5. Porém, não foram levados ao projeto de deliberação, factos relevantes que mitigam certamente as conclusões finais.*

*Vejamos então porque razões não podemos concordar como teor do projeto de deliberação e algumas das respetivas conclusões:*

- 6. O doente, vítima de queimadura elétrica, deu entrada na SUB de Alcácer do Sal, no dia 08.05.2017, às 10h29m., pelos seus próprios meios, transportado em viatura própria por colega de trabalho.*
- 7. Avaliado 3 (três) minutos depois, às 10h32m., a médica constatou queimaduras na face, de 2º e, eventualmente de 3º grau, provocadas por explosão de quadro elétrico, especialmente ao nível de orelhas e nariz. O doente apresentava-se sem alterações dos sinais vitais.*
- 8. A médica que assistiu o doente entendeu que as queimaduras necessitavam de atenção especializada, tendo, apos algumas tentativas para encontrar vaga em unidade de queimados, encaminha[do] o doente para o Hospital de S. Bernardo (Centro Hospitalar de Setúbal – CHS), por se tratar de unidade hospitalar de referência em cirurgia, dispondo de outras especialidades que o doente pudesse vir a necessitar.*
- 9. Para a decisão tomada, de referenciar o doente para o CHS, ao invés de o fazer para o Hospital Litoral Alentejano, contribuiu ainda o facto de ser esse o hospital mais próximo da área da residência do doente (Seixal), ter melhores acessibilidades (dista 50km de Alcácer do Sal, em percurso de Autoestrada, para um tempo de viagem de 30 minutos) e encontrar-se melhor apetrechada de recursos materiais e humanos, para tratar a situação do doente.*

10. *Após infrutíferas tentativas que encetou para encontrar vaga em unidade de queimados, o contacto com o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes), não se afigurou necessário. Isto porque, é sabido que o CODU, ao contrário do que entendemos que deveria acontecer, não orienta doentes urgentes, na obtenção de vaga. Não raras vezes, quando solicitado, o CODU informa que deverão ser os médicos das unidades de saúde a diligenciar vaga em qualquer hospital para onde o doente será depois transportado.*
11. *Este tipo de procedimento é que contende efetivamente com o direito de acesso, colocando os profissionais em situações de objetiva impotência perante a resposta frequente e redutora de «não temos vaga», sem indicação da conduta adequada ou alternativa.*
12. *São incontáveis as horas que os médicos passam ao telefone para conseguir vaga para doentes que não podem tratar, e são igualmente incontáveis, as recusas que ouvem, maioritariamente por falta de vaga para os receber.*
13. *Ora, após exame clínico e tratamento inicial das queimaduras, às 11h15m., o doente apresentava-se sem dificuldade respiratória nem alteração clínica, pelo que, 30m depois, pelas 11h48m., deu entrada no Hospital de S. Bernardo.*
14. ***Com efeito, falhou o contacto com o Hospital de destino, com vista ao recebimento do doente, falha que será adequadamente corrigida, no manual de procedimentos em preparação.***
15. *Em Setúbal, por se entender que o doente tinha indicação, foi decidido entubar “(...) por via OT, colocado o cateter venoso central (...) tendo-se operado à transferência por helicóptero” considerando a necessidade de manter as vias aéreas permeáveis e o controlo da ventilação pulmonar, procedimento que deve ser sempre realizado por profissionais habilitados e experientes.*
16. *Foi ainda decidido no Hospital de Setúbal, sedar o doente, para o que se requer perfeito domínio das técnicas de analgesia e sedação pelas especialidades adequadas.*
17. *Decisões que vem em reforço da bondade da opção médica da SUB de Alcácer do Sal, referenciado o doente para o Hospital de S. Bernardo, na medida em que, na situação descrita, a entubação e sedação não deveria ser feita na SUB, mas antes em ambiente hospitalar, que dispõe inclusive da especialidade de pneumologia, caso se entendesse necessária a realização de broncofibroscopia para despistagem de queimadura da via aérea.*

- 18.3 (três) horas e 23 (vinte e três) minutos após a chegada ao Hospital de S. Bernardo, o doente é helitransportado para a unidade de queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).
19. O doente deu entrada no CHUC, no mesmo dia **08.05.2017 às 19h.12m.**, onde foi feito o diagnóstico de queimadura de 2º grau da face, pavilhão auricular direito e região cervical (5% ASCQ), faz protocolo de entrada (BFO), controlo analítico e faz «broncofibroscopia à entrada, que exclui queimadura da via aérea».
20. Ainda no CHUC o doente fez «terapêutica médica de suporte e penso das zonas queimadas com evolução favorável». Teve alta ao 2º (segundo) dia de internamento para consulta, com indicação de aplicação de Terricil nas zonas queimadas após lavagem com água tépida.
21. O Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Alcácer do Sal procedeu à consulta à plataforma de dados de saúde (PDS), em 26.09.2017, constatando que o doente teve **alta no dia 10.05.2017** e, da nota de alta do doente, elaborada pela Sra. Dra. A.M., consta o seguinte: “(...) Motivo de Internamento: Queimadura de 2º grau da face, pavilhão auricular direito e região cervical (5% ASCQ) após explosão de quadro elétrico em ambiente aberto, alegadamente em acidente de trabalho. (...) Sinais Objetivos Principais: Doente iniciou ventilação mecânica invasiva no seu hospital de origem para proteção da via aérea por apresentar edema acentuado da glote e epiglote. Realizou broncofibroscopia à entrada no nosso hospital que excluiu queimadura da via aérea. (...) Terapêutica: Médica de suporte. Cuidados de penso das zonas queimadas. Evolução: Favorável. Doente extubado ao D2 de internamento, sem intercorrências. (...) Observações: Aplicação de terricil nas zonas queimadas, 4x/dias, após lavagem com água tépida. Analgesia em SOS. Evicção de exposição solar.”
22. O Coordenador da UCSP, tentou ainda o contacto com a médica que elaborou a nota de alta, não o tendo logrado, conferenciando com a Dra. S.R., médica de cirurgia plástica daquela unidade de queimados que, em aditamento, esclareceu que o tipo de queimadura por explosão elétrica, não só costuma ser mais superficial, como habitualmente não atinge a via aérea, por não haver combustão e inalação de material inflamável.
23. Acrescentou que, tratando-se de queimadura mais superficial do que o avaliado no Hospital de S. Bernardo, o doente apenas fez terapêutica de suporte e acabou por

- ter alta ao segundo dia de internamento, pese embora se tratasse de doente helitransportado de urgência.*
24. *Em face dos factos expostos e das decisões tomadas pelos clínicos do Hospital de S. Bernardo, afigura-se-nos que a opção da médica que assistiu o doente no SUB de Alcácer do Sal foi adequada, permitindo ao doente receber a assistência imediata de que necessitou antes do seu transporte para a unidade de queimados do CHUC.*
25. ***Vai reconhecida a falha dos nossos serviços, na omissão de comunicação com o CHS para o envio do doente.***
26. ***Relativamente ao contacto com o CODU, como acima vai referido e se reitera, é frequente o Centro de Orientação de Doentes Urgentes, deferir ao serviço de saúde, a responsabilidade pela obtenção de vaga para o doente, o que, na nossa humilde opinião, consubstancia um procedimento errado.***
27. *Com efeito, nos termos do despacho n.º 5058-D/2016, do Secretário do Estado Adjunto e da Saúde, publicado na II Série do Diário da República n.º 72, de 13.04., “1- O transporte integrado de doente crítico é assegurado no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), pelos meios já existentes nos estabelecimentos hospitalares ou com recurso aos meios de emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM, I. P.) em articulação com os estabelecimentos hospitalares, sob coordenação dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). 2 — O transporte integrado de doente crítico tem como objetivo assegurar o transporte inter-hospitalar destes doentes, apoiando os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em complementaridade e articulação, designadamente com os Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos. 3 — Para efeitos do disposto no n.º 1, e sempre que clinicamente necessário, o estabelecimento hospitalar deve disponibilizar uma equipa clínica (médico e, quando aplicável, também enfermeiro) da sua unidade para acompanhar os meios do INEM, I. P., no transporte do doente. 4 — Em situações excecionais devidamente fundamentadas, na salvaguarda do superior interesse do doente, e em que o recurso a uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) não comprometa a assistência pré-hospitalar diferenciada, designadamente por existirem alternativas na área, pode o transporte referido no n.º 1 ser efetuado por uma VMER, por decisão do CODU.”*
28. *Pelo que, ao contrário do que, amiúde sucede, não pode (não deve) o CODU remeter a responsabilidade da obtenção de vaga para o doente para a unidade de*

saúde, sobretudo tratando-se de uma SUB, com 1 (um) ou 2 (dois) médicos de medicina geral e familiar.

**29. Em concreto, no caso em presença, falhou, de facto, o prévio contacto com o CODU e, reporte consequente à ERS, da reposta obtida ao pedido de orientação do doente. Doravante, será sempre solicitado ao CODU, a orientação do doente para outras unidades de saúde, em cumprimento do disposto no despacho acima transcrito, reportando à Entidade Reguladora da Saúde, qualquer situação desconforme com o objetivo visado.**

30. No que respeita ao transporte do doente para o Hospital de Setúbal, em ambulância não medicalizada e sem acompanhamento médico, diremos que: (1) tendo o doente entrado pelo seu pé, às 10h29m., (2) com sinais vitais mantidos e (3) sem dificuldade respiratória; (4) tendo sido avaliado e, (5) 45 minutos depois, não havendo alteração clínica do estado inicial e continuava sem dificuldade respiratória, (6) considerando também a curta duração do percurso (30 minutos em Autoestrada), foi entendido pela médica, que a situação do doente não reunia os requisitos para acompanhamento médico, de acordo com os critérios em uso, para o transporte do doente crítico, baseados na avaliação dos riscos associados, avaliação que não se mostrou desadequada em face do desenvolvimento do estado de saúde do doente e de quanto se fez constar da nota de alta da unidade de queimados do CHUC, acima transcrita.

*Na expectativa de termos fornecido o nosso contributo para uma reflexão séria do que realmente pode constituir um bloqueio no acesso aos cuidados pelos doentes que deles necessitem e na certeza de que tudo faremos para retificar as deficiências registadas [...]*”.

99. Face à pronúncia da ULSLA, cumpre analisar os elementos invocados na mesma, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação delineada.
100. Faz-se, desde já, notar que todos os argumentos apresentados na pronúncia foram devidamente considerados e ponderados pela ERS;
101. Ainda que dos mesmos não tenha resultado uma alteração no sentido da decisão que a ERS ora entende emitir.
102. Isto porque, os argumentos aduzidos não põem em causa o quadro factual e legal apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação. Senão vejamos,
103. A ULSLA ampara a sua posição – de não articulação da transferência do utente com o CODU do INEM – alegando, em suma, que “[...] o CODU, ao contrário do que

*entendemos que deveria acontecer, não orienta doentes urgentes, na obtenção de vaga. Não raras vezes, quando solicitado, o CODU informa que deverão ser os médicos das unidades de saúde a diligenciar vaga em qualquer hospital para onde o doente será depois transportado.”;*

104. E partindo desta premissa, a ULSLA justifica a sua decisão de não contacto prévio com o CODU do INEM para operacionalização da transferência do utente J.T..
105. Sendo certo que, como ficou *supra* referido, o CODU do INEM é a entidade a quem compete promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente, a sua correta referenciação e a adequação do respetivo transporte inter-hospitalar;
106. Pelo que, sempre que se verifiquem entropias na prossecução destes desideratos deverá, tão só, a ULSLA reportá-los a esta Entidade Reguladora, para a intervenção regulatória que se revelar necessária e adequada ao caso.
107. Pois, no âmbito das suas competências e atribuições, a ERS teve já a oportunidade de se pronunciar sobre a questão em apreço, através de diversas recomendações dirigidas ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM);
108. Sendo que, a título exemplificativo, veja-se o processo de inquérito ERS/012/2014, no âmbito do qual o Conselho de Administração da ERS deliberou emitir uma recomendação ao INEM, no sentido de:

“[...]

- i. [...] garantir, de forma permanente, a prossecução das suas competências de promoção da resposta integrada ao doente urgente/emergente, de promoção da correta referenciação do doente urgente/emergente, de promoção da coordenação, monitorização e orientação dos doentes urgentes em consonância com as vias verdes instituídas pelos programas nacionais;*
  - ii. [...] garantir a integração nos procedimentos adotados para operacionalização das competências de coordenação do transporte inter-hospitalar do doente urgente emergente, em particular a coordenação da decisão sobre a respetiva referenciação primária e secundária, das regras e procedimentos vigentes e aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes [...].”*
109. Por outro lado, importa notar que a ULSLA na sua pronúncia manifesta vontade de coadunar o seu comportamento, no que respeita ao cumprimento das regras aplicáveis em matéria de transferência de utentes, garantindo o contacto telefónico prévio com a instituição de destino e a aceitação do utente pelo serviço destinatário;

110. Tendo para tanto demonstrado a intenção de dar cumprimento à instrução tal como projetada e referindo, inclusive, que se encontra em preparação um manual de procedimentos que visa colmatar falhas como aquelas verificadas nos presentes autos.
111. No entanto, não apresenta ainda prova, nomeadamente documental, do seu efetivo cumprimento.
112. Razão pela qual se considera necessária uma intervenção regulatória, tal como prevista no projeto de deliberação regularmente notificado, tendo em vista a garantia de assunção das obrigações decorrentes das regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de transferências de utentes, de modo a evitar a ocorrência de situações concretas como aquela que deu origem à abertura dos presentes autos.
113. Tudo visto e ponderado, conclui-se pela insusceptibilidade dos argumentos invocados infirmarem a decisão projetada, bem como pela desnecessidade de adoção de novas diligências instrutórias, pelo que a decisão projetada se mantém na integra.

## V. DECISÃO

114. 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 à Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano, E.P.E. (ULSLA), no sentido de:
- (i) Garantir, de forma efetiva e permanente, o cumprimento das regras aplicáveis em matéria de transferência de utentes, designadamente o cumprimento das Redes de Referência Hospitalar em vigor, garantindo o contacto telefónico prévio com a instituição de destino e a aceitação do utente pelo serviço destinatário;
  - (ii) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos no ponto anterior sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento;
  - (iii) Garantir que as transferências por si operacionalizadas sejam sempre realizadas em prol do melhor interesse do utente, garantindo a prestação integrada, continuada e humanizada dos cuidados de saúde que as mesmas visam promover;

(iv) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

115. 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, 12 de outubro de 2017.

O Conselho de Administração.