

**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 PMT/002/2022;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A ERS tomou conhecimento, em 30 de agosto de 2022, de diversas notícias divulgadas pela comunicação social que davam conta da morte de uma utente grávida, após ter sido transferida do Hospital de Santa Maria (integrado no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E. [CHULN], entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 18707) para o Hospital São Francisco Xavier (integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. [CHLO], entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 15138).

2. Com efeito, de acordo com a notícia publicada pelo jornal “*PÚBLICO*” no dia 30 de agosto de 2022, “[u]ma mulher grávida de 31 semanas morreu no passado sábado, depois de ter sofrido uma paragem cardiorrespiratória durante uma transferência do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria (CHULN) para o Hospital São Francisco Xavier, em Lisboa”.
3. Pelo que, no mesmo dia da publicação da sobredita notícia, foi aberto o processo de avaliação n.º **AV/015/2022**, tendo sido enviada uma notificação ao prestador, na qual se solicitou que este se pronunciasse, em detalhe, sobre a notícia em questão, com o objetivo de apurar a veracidade da situação e, consequentemente, aferir a eventual necessidade de uma intervenção regulatória acrescida.
4. Tendo presentes os factos apurados e as conclusões alcançadas pelo CHULN em sede de processo de inquérito interno, bem como o seu enquadramento no quadro de competências da ERS, em 13 de fevereiro de 2023, foi determinado o arquivamento do processo de avaliação registado sob o n.º AV/015/2022 e a sua apensação ao processo de monitorização n.º **PMT/002/2022**¹, por desnecessidade de adoção de uma atuação regulatória adicional, sem prejuízo de se proceder uma reanálise da situação concreta, caso a ERS viesse a ter conhecimento de factos novos relevantes que assim o justificassem
5. Sucede que, em 11 de julho de 2023, a ERS tomou conhecimento do Relatório n.º REL-2023-000104, produzido no âmbito do Processo de Inspeção n.º 059/2022-INS da Inspeção Geral de Atividade em Saúde (IGAS), do qual emerge o apuramento de factos cuja apreciação cai na alçada regulatória da ERS e cuja apreciação se impõe ao abrigo das sua atribuições e competências;
6. Concretamente, no que para os presentes autos importa relevante, concluiu a IGAS o seguinte:
 - (i) “[...] a *Equipa avaliou a situação clínica da grávida como sendo de risco moderado, e o Chefe de Equipa decidiu pela transferência, avaliação considerada incorreta pela Perita que a classificou como de risco elevado e, como tal, inviabilizadora de transferência inter-hospitalar.*”;

¹ O processo de monitorização n.º PMT/002/2022 corre termos no Departamento de Intervenção Administrativa e Sancionatória (DIAS) da ERS tendo sido instaurado para acompanhamento do encerramento ou funcionamento de forma condicionada e limitada de alguns serviços de urgência de Obstetrícia e Ginecologia do SNS.

- (ii) “[o] *Chefe de Equipa [...], ao determinar a composição da equipa de transporte, alocando o [...], Interno de Formação Específica de Ginecologia/Obstetrícia (1.º Ano), sem o acompanhamento por um elemento médico sénior, não garantiu a supervisão da atividade deste interno, durante a transferência, o que lhe é censurável, atenta a gravidade da situação clínica.*”; e, bem assim,
- (iii) “[...] *que o CHULN, E.P.E., não atualizou o seu regulamento relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar, de acordo com o previsto na Orientação n.º 6/2022, da Direção-Geral da Saúde (DGS), de 19 de julho de 2022.*” (negrito nosso).

I.2. Diligências

7. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:

- (i) Abertura, em 30 de agosto de 2022, do processo de avaliação registado internamento sob o n.º AV/015/2022, que correu termos no Departamento de Investigação Administrativa e Sancionatória (DIAS) da ERS;
- (ii) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do CHULN, constatando-se que o mesmo é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 18707;
- (iii) Notificação ao CHULN da abertura do processo de avaliação n.º AV/015/2022 (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizado através de ofício e mensagem de correio eletrónico de 30 de agosto de 2022, com prorrogação do prazo concedido para resposta, e receção da mesma em 12 de setembro de 2022;
- (iv) Receção, em 23 de setembro de 2022, do Relatório do Processo de Inquérito internamente instaurado pelo CHULN;
- (v) Arquivamento do processo de avaliação registado sob o n.º AV/015/2022 e apensação ao processo de monitorização n.º PMT/002/2022, em 13 de fevereiro de 2023;

- (vi) Receção, no dia 11 de julho de 2023, do Relatório n.º REL-2023-000104, produzido no âmbito do Processo de Inspeção n.º 059/2022-INS da IGAS.

II. DOS FACTOS

8. De acordo com a notícia publicada pelo jornal “PÚBLICO” no dia 30 de agosto de 2022:

“Uma mulher grávida de 31 semanas morreu no passado sábado, depois de ter sofrido uma paragem cardiorrespiratória durante uma transferência do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria (CHULN) para o Hospital São Francisco Xavier, em Lisboa.

A mulher de 34 anos, de nacionalidade indiana e recém-chegada a Portugal, deu entrada no Santa Maria na terça-feira passada, por volta das 2h, “sem dados de vigilância na gravidez”, queixando-se de “dificuldade respiratória e tensões arteriais altas”. Segundo o relato do CHULN, “após normalização das tensões arteriais e franca melhoria respiratória, foi transferida cerca das 13h do mesmo dia para o Hospital São Francisco Xavier, por ausência circunstancial de vagas de Neonatologia no CHULN, acompanhada por um médico e enfermeiros”. Durante a viagem, “ocorreu paragem cardiorrespiratória”, tendo os profissionais de saúde “realizado reanimação cardiorrespiratória no transporte”.

No S. Francisco Xavier, a mulher foi submetida a uma cesariana urgente. O bebé nasceu com 772g e foi internado na neonatologia. O CHULN revela que “a mãe ficou internada nos cuidados intensivos, vindo a falecer”, não especificando quando. A TVI, que teve acesso ao relatório clínico, diz que a mulher ficou em coma no dia 23 e foi declarado o óbito no dia 27.

O CHULN refere que “a gestão em rede das vagas de neonatologia é prática corrente há vários anos, sendo o transporte de grávidas estabilizadas a prática recomendada por todas as instituições internacionais”. E salienta que a equipa de ginecologia e obstetrícia da urgência do Santa Maria estava completa.”.

9. Atenta a necessidade de uma análise preliminar da situação denunciada, foi determinada a abertura do processo de avaliação registado sob o n.º AV/015/2022, tendo nesse âmbito sido enviado um pedido de elementos ao CHULN, por ofício datado de 30 de agosto de 2022, concretamente solicitando:

“[...]”

1. Pronúncia detalhada sobre o teor da notícia já junta sob o anexo I;
2. Descrição de todas as etapas percorridas pela utente grávida em questão com indicação de data, hora e profissional responsável pela respetiva operacionalização (identificação através do nome, categoria profissional, número de cédula, funções e serviço em que o mesmo se integra), acompanhada de toda a documentação de suporte;
3. Cópia do relatório do episódio de urgência da utente grávida em questão, referente ao dia 23 de agosto de 2022 (relatório Alert P1);
4. Informação sobre o(s) motivo(s) da transferência da utente grávida em questão do Hospital de Santa Maria (CHULN) para o Hospital São Francisco Xavier (CHLO);
5. Informação sobre os procedimentos desencadeados pelo Hospital de Santa Maria (CHULN) para operacionalizar a transferência da utente grávida em questão para o Hospital São Francisco Xavier (CHLO), designadamente:
 - i. Data e hora da realização do contacto prévio com o estabelecimento de saúde de destino;
 - ii. Identificação do profissional de saúde responsável pela realização do referido contacto prévio, com indicação do nome, categoria profissional, número da respetiva cédula, funções e serviço em que se encontra inserido;
 - iii. Informação sobre os documentos que terão instruído o processo de transferência da utente, com envio do respetivo suporte documental;
 - iv. Informação sobre as condições em que a transferência da utente foi efetuada (isto é, data e hora em que se iniciou o transporte, meio de transporte utilizado e identificação de cada um dos elementos da equipa que acompanhou a utente, com indicação de nome, categoria profissional, número de

- cédula, funções e serviço em que cada um dos elementos se encontra inserido);
- v. *Informação sobre eventuais intercorrências ocorridas durante o transporte da utente e sobre as medidas adotadas;*
6. *Identificação do(s) profissional(ais) de saúde do estabelecimento de destino que terá(ão) recebido a utente grávida em questão;*
7. *Envio de cópia da escala dos profissionais de saúde que estiveram a exercer funções no serviço de urgência (SU) do Hospital de Santa Maria, concretamente, no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, no dia em que a utente visada foi transferida para o Hospital São Francisco Xavier;*
8. *Informação sobre a lotação máxima do serviço de neonatologia do Hospital de Santa Maria, bem como informação sobre a lotação efetiva de tal serviço no dia da transferência da utente visada para o Hospital São Francisco Xavier;*
9. *Informação sobre se foi desencadeado algum procedimento interno para apuramento dos factos, bem como as conclusões eventualmente alcançadas, com envio do suporte documental respetivo;*
10. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares que V. Exas. julguem necessários e relevantes para a análise da situação noticiada [...].*
10. Nessa sequência, e após prorrogação do prazo para resposta, por mensagem de correio eletrónico rececionada pela ERS em 12 de setembro de 2022, veio o CHULN prestar os seguintes esclarecimentos:
- “[...]

Em resposta ao solicitado, seguem os seguintes elementos factuais:

1. *Quanto à pronúncia sobre o teor da notícia publicada pelo jornal "Público" no dia 30 de agosto, confirmamos que efetivamente, no dia 23 de Agosto deu entrada no Serviço de urgência pelas 01.54h a utente SR, com queixas de dificuldade respiratória, e taquicardia, tendo-se verificado tensão arterial elevada. Por ausência circunstancial*

de vagas no Serviço de Neonatologia e após a estabilização do quadro clínico da utente e no intuito de garantir os melhores cuidados intensivos a um recém-nascido prematuro, foi esta transferida para o CHLO, E.P.E., acompanhada por um médico e duas enfermeiras do CHULN, E.P.E. por volta das 13.20h, sendo que, durante a manhã e até ao momento em que se iniciou o transporte a utente esteve sempre estável e sem queixas.

Algum tempo após a saída do Hospital de Santa Maria, a utente iniciou quadro de dispneia, taquicardia e agitação psicomotora. Este quadro foi entendido pela equipa que a acompanhava no contexto de ataque de pânico devido à contenção física necessária para uma transferência segura, à barreira linguística e ao facto de não estar acompanhada. Foram efetuados todos os procedimentos com vista à estabilização da situação, a qual foi conseguida. Alguns minutos depois e ainda no decurso da viagem a utente teve uma paragem cardiorrespiratória, a qual foi imediatamente reconhecida, tendo também sido imediatamente iniciada, pela equipa que a acompanhava (incluindo o técnico de emergência do INEM), a reanimação cardiorrespiratória (suporte básico de vida).

2. Relativamente às etapas percorridas pela utente grávida:

- a) A utente deu entrada no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia no dia 23/08/2022, pelas 1:54h, tendo sido de imediato efetuada triagem pela Sra Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica CM (com o n.º [...] a exercer funções no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, depois de triada foi imediatamente observada pela Sra Dra [AD] (Interna do 4.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM — [...] com CTFPTR, tendo sido avaliados os parâmetros vitais, realizada observação obstétrica e MCDT'S;
- b) A utente foi em seguida transferida (por volta das 02.05h) para a Sala/ Bloco de Partos, tendo sido solicitada a presença da Sra Dra [AH] (Assistente Hospitalar Graduada, n.º OM — [...] - CITTI, que compareceu de imediato, inteirando-se da situação

clínica da utente. Foi também observada e avaliada pelos médicos da anestesiologia, Dr. [HC] (Assistente Hospitalar Graduado, n.º OM — [...]) CTFPTI e Dr. [TL] (Interno do 3.º ano do Internato da Especialidade de Anestesiologia, n.º OM — [...]) CTFPT, foram realizados outros MCDT'S (teste rápido de Ag Covid-19, análises, CTG e RX ao tórax);

- c) Pelas 04:30h conseguiu-se a estabilização do quadro clínico da utente, tendo sido explicado à mesma e ao seu acompanhante que se houvesse agravamento do estado materno ou fetal haveria indicação para se proceder ao parto, transferindo o recém-nascido caso a Neonatologia continuasse sem vagas; no entanto se se mantivesse a estabilidade clínica seria feita nova reavaliação analítica pelas 08.00h, bem como a realização de nova ecografia;
- d) Às 09.00h a situação clínica da utente foi transmitida à equipa seguinte (passagem da equipa de urgência - das 09.00h de 22/08/2022 às 09.00h de 23/08/2022- chefiada pelo Dr. [PS], chefe de equipa no período das 21:00h de 22/08/22 às 9:00 de 23/08, Assistente Hospitalar Graduado, n.º OM — [...] com CTFPTI, para a equipa de urgência - das 09.00h de 23/08/2022 às 09.00h de 24/08/2022 - chefiada pelo Dr. [RC] (Assistente Hospitalar Graduado, n.º OM - [...]) - Citti) na presença da equipa de Anestesiologia;
- e) Na passagem do turno, a sala/bloco de partos, mantinha-se sem vagas, informação actualizada junto do CODU;
- f) Durante a visita médica, e segundo os registos clínicos e de enfermagem, constatou-se que a utente estava assintomática e estável do ponto de vista cardiorrespiratória, mantendo-se o CTG normal;
- g) Por volta das 10:13h, o Dr. [AB] (Interno do 5.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM — [...], com vínculo contratual no Hospital de São Francisco Xavier e a realizar estágio no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHULN), contactou o Hospital de São Francisco Xavier, falando

com o Dr. [ES] do Serviço de Neonatologia e com a Dra [ML] do Serviço de Obstetrícia, que aceitaram receber a grávida por haver vagas de Neonatologia e de Obstetrícia

- h) Por volta das 11.00h, a utente realizou ecografia obstétrica na Unidade de Ecografia, acompanhada pela Sra Enfermeira [CB] (com n.º OE — [...] e n.º mecanográfico [...] — Citti e pelo Dr. [FS] (Interno do 2.º ano do Internato da Especialidade de Anestesiologia, n.º OM — [...]), tendo sido diagnosticada uma restrição de crescimento fetal. Tendo-se admitido provável diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, foi contactado o serviço de neonatologia para aferir se já havia vagas, tendo este serviço informado de ausência de vagas para internamento do recém-nascido*
- i) Às 12.07h, segundo os registos clínicos, a utente encontrava-se calma, assintomática, com perfil tensional controlado, eupneica e sem dificuldade respiratória, com saturação de oxigénio de 100%;*
- j) Foi novamente questionada a equipa de neonatologia relativamente à existência de vagas de cuidados intensivos, a qual confirmou, uma vez mais, ausência de vagas;*
- k) Por volta das 12:15, foi comunicada à utente e ao seu acompanhante (marido) a necessidade de transferência para um Hospital que assegurasse vaga de Neonatologia de forma a minimizar os riscos para o recém-nascido;*
- l) Importa realçar que no decurso da assistência existiu uma grande dificuldade na comunicação e obtenção de elementos e dados clínicos (não tendo sido facultado quaisquer documentos referentes à vigilância da gravidez) entre a equipa clínica e a utente e o seu acompanhante (marido), dada a dificuldade linguística, atenuada pelo recurso ao tradutor electrónico;*
- m) Mais se informa a constituição das duas equipas de Urgência que estavam ao serviço no período de assistência à utente:*

- Equipa de Urgência — 9:00 de 22/08/2022 até às 09:00 de 23/08/2022:

Equipa de Ginecologia/Obstetrícia:

- Dr. [PS] (chefe de equipa no período das 21:00h de 22/08/22 às 9:00 de 23/08, Assistente Hospitalar Graduado, n.º OM — [...]) - CTFPTI;
- Dr.ª [AS] (Assistente Hospitalar Graduada, n.º OM — [...]) - CITTI;
- Dr.ª [AF] (Assistente Hospitalar, n.º OM — [...]) CITTI;
- Dr.ª [AD] (Interna do 4.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM — [...]) CTFPTR;
- Dr.ª [CS] (Interna do 2.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM — [...]) CTFPTR;

Equipa de Anestesiologia:

- Dr. [HC] (Assistente Hospitalar Graduado, n.º OM — [...]) CTFPTI;
- Dr. [TL] (Interno do 3.º ano do Internato da Especialidade de Anestesiologia, n.º OM — [...]) CTFPTR;

Responsável pela Equipa de Neonatologia:

- Dr.ª [AS] (Assistente Hospitalar, n.º OM — [...]) CITTI;

Responsável pela Equipa de enfermagem:

- Enfermeira [AP] (Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, n.O OE — [...] e n.º mecanográfico [...]) CITTI

Nota 2: Na prestação de cuidados no Bloco de Parto: A utente foi assistida pela Sra enfermeira [AP] e pela enfermeira [MB] (Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, com n.º OE — [...] e n.º mecanográfico [...] CITTI);

- Equipa de Urgência — 9:00 de 23/08/2022 até às 09:00 de 24/08/2022:

Equipa de Ginecologia/Obstetrícia:

- Dr. [RC] (chefe de equipa, Assistente Hospitalar Graduado, n.º OM — [...]) - CITTI;
- Dr.ª [CC] (Assistente Hospitalar, n.º OM — [...]) - CITTI;
- Dr.ª [RS] (Interna do 6.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM — [...]) CTFPTR;
- Dr. [AB] (Interno do 5.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM — [...]) com vínculo noutra instituição;
- Dr. [MM] (Interno do 1.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM — [...]) CTFPTR;

Equipa de Anestesiologia:

- Dr.ª [FM] (Assistente Hospitalar Graduada Sénior de Anestesiologia, n.º OM — [...]) CTFPTI;
- Dr. [FS] (Interno do 2.º ano do Internato da Especialidade de Anestesiologia, n.º OM — [...]) com vínculo noutra instituição;

Responsável pela Equipa de Neonatologia:

- Dr.ª [RG] (Assistente Hospitalar Graduada, n.º OM — 39852) CITTI;

Responsável pela Equipa de Enfermagem:

- Enfermeira [CV] (Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, n.º OE — [...] e n.º mecanográfico [...]) CITTI;

Nota 1: Na prestação de cuidados no bloco de parto: A utente foi assistida pelas Sras. enfermeiras [AM] (Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, com n.º [...] e n.º mecanográfico [...] — Citti), [EF] (em contexto de estágio da Especialidade de ESMO e n.º mecanográfico [...]) e [CB] (com n.º OE — [...] e n.º mecanográfico [...] — Citti, tendo feito o transporte da utente à Unidade de Ecografia;

3. Conforme solicitado, segue em anexo, cópia do relatório de urgência da utente grávida, referente ao dia 23 de agosto de 2022, anexo 1;
4. Relativamente aos motivos da transferência, como já referenciado no ponto 2, alíneas f) g), h) e i) a utente grávida apresentava uma pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, mas clinicamente estável há várias horas, a pré-eclâmpsia não se complica habitualmente de um quadro de paragem cardiorrespiratória e principalmente por inexistência de vagas de neonatologia no Hospital de Santa Maria por forma a minimizar os riscos para o recém-nascido;
5. No que concerne aos procedimentos desencadeados pelo Hospital de Santa Maria (CHULN) para operacionalizar a transferência da utente grávida para o Hospital Francisco Xavier:
 - i. No dia 23/08/2022 por volta das 10.13 (segundo a narrativa dos intervenientes), foi feito o contacto para o Hospital Francisco Xavier;
 - ii. O profissional que fez o contacto foi o Dr. [AB] (Interno do 5.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM — [...]) a realizar estágio no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHULN;
 - iii. Quanto aos documentos que instruíram o processo de transferência os mesmos seguem em anexo, Nota de transferência (OBSCARE) como anexo 2, e relatório da ecografia e respectivas imagens como anexo 3;
 - iv. A utente por volta das 12.07, e segundo o registo de enfermagem, encontrava-se calma. Face à confirmação da inexistência de vaga no Serviço de Neonatologia e após a comunicação à mesma e ao seu acompanhante da

necessidade de se proceder à sua transferência para um Hospital que assegurasse vaga de neonatologia, foi solicitada ao CODU (por ausência de ambulância medicalizada no HSM/CHULN) por volta das 12:18h uma ambulância medicalizada, tendo esta chegado por volta das 13:00h, a utente grávida foi novamente avaliada, encontrando-se clinicamente estável, a transferência da sala de partos para a ambulância ocorreu às 13:20h, à saída do Serviço de Obstetrícia, a mesma encontrava-se clinicamente estável. A equipa que acompanhou a utente na ambulância foi a seguinte:

- *Dr. [MM], médico (Interno do 1.º ano do Internato da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, n.º OM - [...] a exercer funções no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia,*
- *Enfermeira [AM] (Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, com n.º OE — [...] a exercer funções no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia;*
- *Enfermeira [EF] (em contexto de estágio da Especialidade de ESMO) a estagiar no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia;*

v. *Em resposta a esta questão, transcreve-se o registo clínico efetuado pelo Dr. [MM] sem prejuízo do que se vier a apurar em sede dos procedimentos em curso:*

...” durante a transferência para a ambulância a grávida manteve-se estável e sem queixas. Cerca de 30 segundos após a saída do HSM a grávida iniciou quadro de dispneia, taquicardia e agitação psicomotora com pico hipertensivo 200/130mmHg medido por linha lateral. A agitação foi entendida no contexto de ataque de pânico devido à contensão física necessária para uma transferência segura. Assim foram administrado 10 mg de diazepam EV em bolus lento com resolução do quadro e estabilização hemodinâmica TA 120/70

mmHg. Cerca de 2 minutos após observou-se depressão do estado de consciência. Ao exame objectivo a grávida permanecia responsiva a estímulos verbais e mais tarde dolorosos. O estado de consciência deteriorou-se com perda de pulso palpável a nível carotídeo, ausência de sons cardíacos ou respiratórios cerca de 5 minutos após depressão inicial do estado de consciência. Foi ainda constatada assistolia confirmada pelos elétrodos do desfibrilador da ambulância. Nesse momento foram iniciadas manobras de suporte básico de vida com proteção da via áerea, massagem cardíaca, e colocação de tubo de Guedel e AMBU ligado a fluxo de O2 de alto débito. Foi contactado o CODU e informado o serviço de urgência do HSFX. Ao todo foram realizados dois ciclos e meio de manobras de suporte básico de vida.

A grávida foi transferida directamente para a sala de reanimação onde a ressuscitação foi assumida pela equipa do HSFX e a conduta obstétrica pelos obstetras do HSFX..."

6. Quanto à identificação dos profissionais de saúde do estabelecimento de destino que terão recebido a utente grávida não dispomos dessa informação;
7. Segue em anexo (n.º 4), conforme solicitado, a cópia da escala dos profissionais a exercer funções no serviço de urgência (SU) do Hospital de Santa Maria, mais concretamente do serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, no dia em que a utente foi transferida para o HSFX;
8. Quanto à lotação máxima do Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria a mesma é de 19 vagas, com a seguinte composição:
 - 8 camas de cuidados intensivo
 - 8 camas de cuidados intermédios
 - 3 camas para utilização específica (covid e pré-saída), podendo pontualmente reforçar as camas de cuidados intermédios, sendo a cama de isolamento dedicada ao isolamento de filhos de mãe COVID que precisem de Cuidados Intensivos.

No momento presente e desde 16 de agosto, por carência de recursos de enfermagem especializados, foram inativadas as 3 camas específicas, de forma a concentrar recursos e manter a resposta normal de cuidados intensivos (8 camas) e intermédios (8 camas).

Quando a utente foi transferida, existiam fisicamente 2 vagas na UCIN destinadas aos gémeos de 31 semanas que acabariam por nascer ao início da madrugada de dia 24;

9. *No contexto da ocorrência de paragem cardiorrespiratória da utente SR, no decurso da sua transferência para o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental — Hospital S. Francisco Xavier, foi deliberado no dia 30/08/2022, pelo Conselho de Administração a abertura de Processo de Inquérito, registada em ata n.º 39/2022, conforme anexo n.º 5.”.*
11. Posteriormente, por mensagem de correio eletrónico de 23 de setembro de 2022, o CHULN remeteu o Relatório do Processo de Inquérito internamente instaurado (PI n.º 15/2022), com o seguinte teor:

“[...]

IV-Conclusões e Proposta

1. *[...] não se deteta qualquer falha ou incúria na assistência clínica prestada à grávida [SR] por parte dos profissionais do Hospital de Santa Maria, ou deficiência no funcionamento dos serviços de ação médica de obstetrícia ou neonatologia.*
2. *A atuação das equipas clínicas e de enfermagem decorreu, em todas as fases da assistência, em conformidade com os critérios e práticas clínicas em vigor, designadamente no tocante à decisão de transferência para outro hospital cuja motivação está devidamente justificada e de acordo com as orientações da DGS em vigor (Orientação n.º 006/2022 de 19/07/2022).*
3. *No Serviço de Urgência a doente foi avaliada com celeridade pela Enfermeira Especialista e pela médica de urgência, tendo sido de imediato transferida para o Bloco de Partos.*
4. *No Bloco de Partos, a doente foi assistida sem demora por especialista, com o apoio da equipa de anestesiologia ali presente,*

tendo sido requisitados os necessários exames de diagnóstico e administrados os fármacos adequados ao quadro de pré-eclampsia, incluindo uma toma de betametasona para indução da maturidade fetal — que, de acordo com os sintomas e resultados analíticos era a hipótese diagnóstica correta —, tendo melhorado da dificuldade respiratória e estabilizado os parâmetros clínicos, designadamente da tensão arterial, desde cerca das 04:00.

5. *Nesta fase, a avaliação clínica, esclarecimento diagnóstico e instituição de terapêutica difficilmente poderia ter decorrido em período de tempo inferior ao que decorreu, salientando-se aqui a dificuldade de comunicação com a grávida e falta de informação clínica prévia.*
6. *A atuação da equipa médica que iniciou o turno seguinte também não merece reparo: depois da reavaliação da doente, que se encontrava estável, e realização de ecografia que revelou restrição de crescimento fetal grave, decidiu-se, após informação do Serviço de Neonatologia de que não havia vagas nos cuidados intensivos, a transferência da doente para o Hospital de São Francisco Xavier (que em contacto telefónico prévio informou ter vagas nos cuidados intensivos de neonatologia e poder receber a grávida).*
7. *De acordo com o determinado pela DGS (Ponto 4. da Orientação nº 006/2022) foi pedida ambulância medicalizada ao CODU, organizando-se equipa composta por médico da equipa de obstetrícia e enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica que acompanhou a doente.*
8. *Antes de se iniciar o transporte procedeu-se a nova reavaliação da doente apresentando-se esta clinicamente estável e sem queixas de dificuldade respiratória, negando cefaleias, epigastralgias ou alterações visuais com valores tensionais <160/110mmHg. De salientar que a paciente se encontrava desde há muitas horas, objetiva e comprovadamente em situação que, embora grave, era clinicamente estável e controlada pelo que um transporte com uma duração previsível de 15 minutos, pareceu, tudo visto e pesado, a melhor opção e que comportaria menos riscos para a parturiente e a criança.*

9. Conforme anteriormente referido, manteve-se a medicação com sulfato de magnésio em perfusão e monitorização invasiva da pressão arterial para o transporte, o que revela cuidado e prudência.
10. Face ao quadro de dispneia e agitação psicomotora surgido após início do transporte, foi administrado fármaco (Diazepam) indicado para controlo das convulsões (complicação mais frequente na pré-eclâmpsia) e para controlo do quadro de agitação.
11. Todas as decisões respeitantes às manobras de suporte básico de vida instituídas e mantidas até à chegada ao Hospital de São Francisco Xavier relatadas no processo, foram corretas.
12. A paragem cardiorrespiratória foi totalmente inesperada sendo que na pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, a complicação mais frequente são as convulsões.
13. Por outro lado, conforme se referiu anteriormente, não se pode excluir que a doente sofresse de outras patologias e problemas de saúde - uma vez que não eram conhecidos os seus antecedentes clínicos - suscitando-se a dúvida quanto a prévia vigilância médica que, no caso concreto, careceria porventura de ter sido seguida em continuidade desde o início da gravidez, em consulta especializada.
14. A verdade é que não se pode afirmar que, caso a doente tivesse permanecido no Hospital de Santa Maria, se teria evitado ou resolvido favoravelmente a paragem cardiorrespiratória e, consequentemente, conseguiria evitar o desfecho morte.
15. A salvaguarda das hipóteses de sobrevida do futuro recém-nascido num hospital onde pudesse receber de imediato cuidados intensivos de neonatologia, bem como a estabilidade clínica da mãe — cuidadosa e repetidamente verificada durante a manhã que antecedeu a transferência — estão na base da decisão dos clínicos do Hospital de Santa Maria de transferência — em ambulância medicalizada acompanhada de equipa especializada — para hospital geograficamente próximo, cujo transporte seria de curta duração.

Termos em que e salvo melhor opinião, se considera que, na situação em concreto, a paragem cardiorrespiratória e o estado subsequente da

grávida, que viria a resultar em morte, não tem qualquer relação com a conduta profissional dos médicos e profissionais que a assistiram, nomeadamente daqueles que determinaram a sua transferência, nem com qualquer deficiência no funcionamento das unidades de saúde do Hospital de Santa Maria.

Propõe-se assim o arquivamento do presente processo de inquérito.”.

12. Tendo presentes os factos apurados e as conclusões alcançadas pelo CHULN em sede de processo de inquérito interno, bem como o seu enquadramento no quadro de competências da ERS, em 13 de fevereiro de 2023, foi determinado o arquivamento do processo de avaliação registado sob o n.º AV/015/2022 e a sua apensação ao processo de monitorização n.º **PMT/002/2022**, por desnecessidade de adoção de uma atuação regulatória adicional, sem prejuízo de se proceder uma reanálise da situação concreta, caso a ERS viesse a ter conhecimento de factos novos relevantes que assim o justificassem.
13. Sucede que, em 11 de julho de 2023, a ERS tomou conhecimento do Relatório n.º REL-2023-000104, produzido no âmbito do Processo de Inspeção n.º 059/2022-INS da Inspeção Geral de Atividade em Saúde (IGAS), do qual emerge o apuramento de factos cuja apreciação cai na alçada regulatória da ERS e cuja apreciação se impõe ao abrigo das sua atribuições e competências;
14. Concretamente, no que para os presentes autos importa relevar, concluiu a IGAS o seguinte:

“[...]

Síntese de conclusões

Concluiu-se que, no dia 23 de agosto de 2022, e apesar de o CHULN, E.P.E., não dispor de recursos humanos de enfermagem que permitissem o funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) na sua lotação máxima, existiam vagas nos cuidados intensivos de Neonatologia que permitiam acomodar o recém-nascido após a realização do parto desta grávida.

Por outro lado, apesar do diagnóstico de pré-eclâmpsia, e não obstante a terminação da gravidez ser o único tratamento definitivo, as equipas decidiram pelo protelamento do parto, considerando ser razoável iniciar a maturação pulmonar do feto, estando mantida a estabilidade hemodinâmica, conduta que não foi sufragada pela Perita, nomeada nos autos do processo de inspeção,

defendendo que a situação era prioritária pelo risco do mau desfecho materno-fetal, uma vez que a velocidade de agravamento, a severidade e o envolvimento orgânico, são imprevisíveis.

Acresce que, não obstante o diagnóstico mais provável de edema agudo do pulmão, em contexto de pré-eclampsia, **a Equipa avaliou a situação clínica da grávida como sendo de risco moderado, e o Chefe de Equipa decidiu pela transferência, avaliação considerada incorreta pela Perita que a classificou como de risco elevado e, como tal, inviabilizadora de transferência inter-hospitalar.**

E, atenta a factualidade ocorrida logo após 30 segundos do início do transporte e a gravidade do quadro clínico, deveria a equipa ter regressado ao hospital de origem, o que não fez.

Por último, concluiu-se que **o CHULN, E.P.E., não atualizou o seu regulamento relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar, de acordo com o previsto na Orientação n.º 6/2022, da Direção-Geral da Saúde (DGS), de 19 de julho de 2022.**

No que respeita à atuação dos profissionais do CHLO, E.P.E., concluiu-se que a grávida deu entrada, no dia 23 de agosto de 2022 pelas 13:44H, na sala de reanimação do CHLO, E.P.E. em paragem cardiorrespiratória tendo sido realizadas manobras de suporte avançado de vida e efetuada “cesariana de emergência life-saving”, de imediato, após decisão multidisciplinar de Ginecologia/Obstetrícia, UCIP e Neonatologia, conduta validada pela Perita.

A utente sofreu uma evolução globalmente desfavorável durante o internamento na UCIP do CHLO, E.P.E. tendo sido declarada a morte cerebral em 27 de agosto de 2022, pelas 19:15H, na sequência da realização de duas provas.

Síntese de recomendações.

É recomendado ao CHULN, E.P.E. que assegure a dotação necessária de recursos humanos de enfermagem que permitam o funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais na sua capacidade máxima, bem como a gestão correta, criteriosa e atempada de vagas nessa unidade.

De igual modo, é recomendada a atualização do regulamento relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar,

de acordo com o previsto na Orientação n.º 6/2022, da DGS, de 19 de julho de 2022.

[...]

3.2.2. Decisão de transferência da utente

3.2.2.1. Nos termos do previsto na Orientação n.º 6/2022, de 19 de julho de 2022, da DGS, relativa ao “Acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar” (DOC0037), a transferência inter-hospitalar de mulheres grávidas deve ser decidida após avaliação de risco materno e fetal pela equipa multidisciplinar de Obstetrícia e Ginecologia e de Neonatologia da instituição de origem, cabendo a decisão final ao Chefe da Equipa Médica da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do hospital de origem.

3.2.2.2. Esta avaliação do risco deve contemplar não só critérios de ordem clínica maternos e fetais, mas também critérios de ordem logística (recursos disponíveis) e a duração expectável do transporte. Não sendo possível listar todas as situações de risco, procurou esta Orientação identificar as situações de maior risco de complicações de saúde durante o transporte inter-hospitalar, caracterizando quatro níveis de risco que se reproduzem no quadro seguinte:

TABELA 04. NIVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A ORIENTAÇÃO N.º 6/2022 DA DGS

Nível de risco clínico	Descrição	Procedimentos
Muito Baixo	Situações clínicas estáveis, com risco muito reduzido de ocorrerem complicações durante o transporte inter-hospitalar, sem risco previsível de o parto ocorrer durante esse transporte, e sem necessidade previsível de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica durante a viagem	<ul style="list-style-type: none"> • Não é necessário solicitar uma ambulância medicalizada para transporte e a grávida não necessita de acompanhamento por profissionais de saúde de Ginecologia e Obstetrícia do hospital de origem. • Caso surjam complicações imprevistas durante a transferência, deverá ser contactado o CODU através do 112.
Baixo	Situações clínicas estáveis, com risco reduzido de complicações durante o transporte inter-hospitalar, sem risco previsível de o parto ocorrer durante esse transporte, mas com a necessidade previsível da manutenção de cuidados de enfermagem durante a viagem (por exemplo, assegurar a continuidade de terapêuticas importantes como a tocolise endovenosa)	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser sempre solicitada uma ambulância medicalizada para transporte e a grávida deve ser acompanhada por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. • Caso a ambulância seja solicitada ao CODU, a medicalização e os equipamentos necessitam de ser providenciados pelo hospital de origem. • Caso surjam complicações imprevistas durante a transferência, deverá ser contactado o CODU através do 112.
Moderado	Situações clínicas estáveis, com risco moderado de complicações durante o transporte inter-hospitalar e com baixo risco de o parto ocorrer durante o transporte (incluem-se nestas situações as grávidas com 24 ou mais semanas de gestação com contratilidade uterina regular, alterações cervicais e colo com <5 cm de dilatação*, bem como grávidas com hemorragia vaginal ligeira/moderada, mas sem hemorragia ativa no momento do transporte, com estabilidade hemodinâmica e frequência cardíaca fetal normal).	Deve ser sempre solicitada uma ambulância medicalizada para o transporte e as grávidas devem ser acompanhadas por um elemento da equipa médica de Obstetrícia e Ginecologia e por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica de forma a serem assegurados cuidados de saúde adequados à grávida e ao recém-nascido, caso o nascimento ocorra durante a viagem
Elevado	Situações clínicas instáveis, com risco elevado de complicações durante o transporte inter-hospitalar (instabilidade hemodinâmica, hipertensão não-controlada, hemorragia vaginal abundante, cardiotocograma suspeito ou patológico, etc.) ou com elevado risco de o parto ocorrer durante o transporte (contratilidade uterina regular e colo com ≥5 cm de dilatação*)	Não devem ser realizadas transferências hospitalares. Deve optar-se sempre pela estabilização clínica da situação antes do transporte ou, em alternativa, a resolução da situação no hospital de origem.

* Este critério poderá ser alterado para dilatações cervicais inferiores, de acordo com a duração expectável do transporte inter-hospitalar e a frequência/intensidade da contractilidade uterina

Fonte: DOC0037

3.2.2.3. A situação clínica da grávida em análise foi avaliada pela Equipa como sendo de risco moderado (DOC0018), tendo o Chefe de Equipa, Dr. [RO], decidido que, face à indisponibilidade de vagas comunicada pela Neonatologia e atendendo à eventual necessidade de terminar a gravidez a curto prazo, se encontravam reunidas as condições para a realização de transferência, face à estabilidade clínica da grávida e considerando que “de acordo com toda a evidência científica, a mortalidade e morbilidade dos RN prematuros serem menores, se os mesmos nascerem num hospital onde serão assistidos na unidade de cuidados intensivos neonatais”.

3.2.2.4. Em consequência, foi contactado o HSFX, que aceitou recebê-la, por haver vagas na Obstetrícia e Neonatalogia, tendo esta informação sido transmitida à grávida e ao marido. Por outro lado, por ausência de ambulância medicalizada no HSM/CHULN, E.P.E., foi contactado o CODU, às 12:18H. para disponibilização da mesma.

3.2.2.5. Não obstante não terem tido intervenção direta neste processo, os Diretores do Serviço de Obstetrícia e de Neonatologia do CHULN, E.P.E. nos depoimentos prestados ratificaram a decisão de transferência tomada considerando que a mortalidade dos recém-nascidos prematuros é menor, se os mesmos nascerem no hospital onde serão assistidos na respetiva UCIN.

3.2.2.6. Ainda no que respeita à Orientação da DGS, dispõe o seu ponto 6, que cada instituição deverá ter uma norma de procedimento própria dirigida ao transporte inter-hospitalar que deverá incluir, nomeadamente um fluxograma de atuação conforme avaliação de risco e a composição da “mala de transporte” que acompanhará os profissionais de saúde do hospital de origem em todas as situações de transporte inter-hospitalar de grávidas.

3.2.2.7. **De acordo com a informação recolhida, à data dos factos, o CHULN, E.P.E. ainda não tinha procedido à elaboração do procedimento de acordo com o previsto na referida Orientação, encontrando-se em vigor um regulamento de 2019 (DOC007.1), onde são caracterizados os níveis de risco, em tudo semelhantes aos especificados na Orientação da DGS, e a determinação de quem realiza o acompanhamento no transporte.**

[...]

Conclusão

Não obstante o diagnóstico mais provável de edema agudo do pulmão, em contexto de pré-eclampsia, a equipa avaliou a situação clínica da grávida como sendo de risco moderado, e o Chefe de Equipa decidiu pela transferência, considerando que a situação clínica era estável com probabilidade moderada de complicações durante o transporte inter-hospitalar.

O CHULN, E.P.E., não atualizou o seu regulamento relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar de acordo com o previsto na Orientação n.º 6/2022, da DGS, de 19 de julho de 2022.

[...]

Conclusão

3.3. QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NA ASSISTÊNCIA À UTENTE.

3.3.1. Atenta a natureza técnico-científica conexa com a análise da qualidade assistencial prestada à grávida, foi recolhida perícia médica especializada do foro da Ginecologia e Obstetrícia.

[...]

3.3.17. Em conformidade com a prova pericial suprarreferida e com os demais elementos de prova pessoal e documental recolhidos, em síntese, justificam-se as observações que se passam a expor.

a) Relativamente à assistência à grávida inicialmente efetuada no CHULN, E.P.E. considerou a perita que a mesma tinha sido correta e oportuna.

b) Do mesmo modo, foram consideradas tecnicamente corretas e oportunas as condutas adotadas pelo pessoal de enfermagem do CHULN, E.P.E.

c) Considerou ainda a Perita que os profissionais de saúde do CHLO, E.P.E. actuaram de forma rápida, oportuna e eficaz.

3.3.18. Ao invés, a Perita emite quatro juízos de censura, concretamente:

a) Face à evidência científica e atendendo a que a velocidade de agravamento, a severidade e o envolvimento orgânico na pré-eclâmpsia são imprevisíveis e à gravidade do quadro clínico, entendeu a Perita que terminar a gravidez é o único tratamento definitivo da mesma.

b) Apesar de o Serviço de Neonatologia informar não dispor de vagas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a situação em apreço era prioritária pelo risco do mau desfecho materno-fetal.

c) Quanto à decisão de transferência considera a Perita que a mesma não foi correta face ao diagnóstico formulado de pré-eclâmpsia grave e edema agudo do pulmão.

d) Perante o agravamento súbito do estado de saúde logo após 30 segundos do início do transporte, a equipa deveria ter regressado de imediato à origem.

[...]

3.3.26. No que respeita à conduta dos Internos de Formação Específica intervenientes na assistência à grávida importa referir que o Internato médico se traduz num processo de formação médica (teórica e prática), cujo propósito é “habilitar o médico (...) ao exercício tecnicamente diferenciado numa determinada área de especialização, com a atribuição do correspondente grau de especialista” – cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 13/2018, de 26 de fevereiro.

Numa primeira fase o médico interno deverá apenas observar para, numa fase posterior, conseguir realizar parte da intervenção médica ou tratamento, participando assim como um membro da equipa a fim de, na fase final realizar todo o procedimento. No entanto, deverá ser acompanhado e supervisionado por um médico sénior.

Sendo um processo de aprendizagem é compreensível que um médico interno possa cometer falhas. No entanto, o acompanhamento e supervisão por um médico sénior, potencia a eliminação e mitigação de possíveis falhas.

[...]

3.3.28. No período da manhã, até à transferência da grávida para o CHLO, E.P.E., o Dr. [MM], Interno de Formação Específica de Ginecologia/Obstetrícia (1.º Ano) esteve acompanhado pelo Chefe de Equipa Dr. [RO], Assistente Hospitalar Graduado de Ginecologia/Obstetrícia e pela Dr.ª [MC], Assistente Hospitalar Ginecologia/Obstetrícia, a quem incumbe uma função de supervisão face a este profissional que ainda não detém o nível de experiência desejável.

3.3.29. O Chefe de Equipa, Dr. [RO], ao determinar a composição da equipa de transporte, alocando o Dr. [MM], Interno de Formação Específica de Ginecologia/Obstetrícia (1.º Ano), sem o acompanhamento por um elemento médico sénior, não garantiu a supervisão da atividade deste interno, durante a transferência, o que lhe é censurável, atenta a gravidade da situação clínica.

[...]

Conclusão

[...]

O Chefe de Equipa, Dr. [RO], ao determinar a composição da equipa de transporte, alocando o Dr. [MM], Interno de Formação Específica de

Ginecologia/Obstetrícia (1.º Ano), sem o acompanhamento por um elemento médico especialista, não garantiu a supervisão da atividade deste interno, durante a transferência, o que lhe é censurável atenta a gravidade da situação clínica.

[...]

4. RECOMENDAÇÕES

AO CHULN, E.P.E.

RECOMENDAÇÃO 1

Assegurar a dotação necessária de recursos humanos de enfermagem que permitam o funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais na sua capacidade máxima [cf. Ponto 3.1.].

RECOMENDAÇÃO 2

Garantir que a gestão de vagas na UCIN é efetuada de forma correta, criteriosa e atempada, em articulação com o Serviço e Obstetrícia, atendendo a gravidade das situações clínicas [cf. Ponto 3.1.].

RECOMENDAÇÃO 3

Atualizar o regulamento relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar, de acordo com o previsto na Orientação n.º 6/2022, de 19 de julho de 2022 [cf. Ponto 3.2.2.7]. [...]” (negrito nosso).

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

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

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

- como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades" (alínea a)) e "[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes" (alínea b)).*
22. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de "[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)" (alínea c)) e de "[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS" (alínea d)).
23. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de "[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições" (alínea a)) e "[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes" (alínea b)).
24. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
25. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que "[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções", sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, "[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º".
26. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa referir que, nos termos do disposto na alínea b), do n.º 1, do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, "[c]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 750 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1000 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou

coletiva: [o] desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º.

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

27. Inserido no Capítulo II (“*Direitos e deveres sociais*”), do Título III (“*Direitos e deveres económicos, sociais e culturais*”), da Parte I (“*Direitos e deveres fundamentais*”) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o “*direito à protecção da saúde*”, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “*realização da democracia (...) social*” (artigo 2.º da CRP).
28. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado (...) [g]arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (alínea a)) e “[d]isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade” (alínea d)).
29. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro², onde se esclarece que “[o] direito à protecção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (n.º 1), pelo que “[...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” (n.º2).

² A Lei 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor em 4 de novembro de 2019, e revogou a anterior Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei, 48/90, de 24 de agosto.

30. Por ser assim, “[o] Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (n.º 4 da Base 1).
31. A Base 20, por sua vez, define o SNS como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (n.º 1).
32. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[u]niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade” (alínea a)); “[g]eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes” (alínea b)); “[t]endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)); “[i]ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede” (alínea d)); “[e]quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (alínea e)); “[q]ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (alínea f)); “[p]roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (alínea g)); “[s]ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis” (alínea h)); “[t]ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS” (alínea i)) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.
33. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado pelos prestadores de cuidados de saúde:
 - (i) Do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;

- (ii) Próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;
 - (iii) Próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;
 - (iv) Do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
34. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

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

35. Estabelece a alínea b) da Base 2 da LBS que “*todas as pessoas têm direito [a] aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde*”.
36. Com efeito, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.
37. Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da

prontidão com que os mesmos lhe são prestados, traduzindo uma preocupação evidente em garantir que, em cada uma das concretas fases do tratamento, aqueles cuidados são prestados num hiato temporal razoável.

38. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.
39. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os *"Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde"*.
40. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito a *"a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita"* (n.º 1) e *"à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos"* (n.º 2).
41. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantíssimos critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser *"prestados humanamente e com respeito pelo utente"*, o que evidencia, uma vez mais, a interligação fortíssima entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.
42. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, temporal e qualitativa.
43. Ora, a vertente económica implica que o acesso aos cuidados de saúde não fique dependente das condições económico-financeiras dos utentes, estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados.
44. De uma outra perspetiva, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do País (vertente geográfica).

45. Já a vertente temporal do direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.
46. Finalmente, numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.

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

47. Da experiência regulatória e de supervisão da ERS resulta que parte significativa dos constrangimentos ao direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde está relacionada com o processo de transferência inter-hospitalar de utentes, como sucede, aliás, no caso em apreço.
48. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou o Regulamento n.º 964/2020 (doravante Regulamento) - publicado em Diário da República no dia 3 de novembro de 2020 (2.ª Série, n.º 214, páginas 115 a 121) -, que *“estabelece as regras aplicáveis ao processo de transferência de utentes e define os mecanismos organizacionais que possibilitam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”* (artigo 1.º).
49. Conforme se pode ler no seu preâmbulo, o aludido Regulamento visa *“harmonizar os procedimentos existentes em matéria de transferência de utentes, através da instituição de um conjunto de regras, de cariz imperativo, que estabeleçam uma disciplina geral sobre os princípios, obrigações e boas práticas subjacentes ao processo de transferência de utentes e, bem assim, definir as condições de organização, coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”*.
50. Na verdade, *“a opção pela aprovação de um regulamento com eficácia externa [permite] fixar as regras mínimas a observar sempre que ocorre uma transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conferindo, dessa forma, maior certeza e segurança a todos os intervenientes na sua concretização e, consequentemente, maior proteção aos direitos dos utentes”* – Cfr. Preâmbulo do aludido Regulamento.

51. Uma vez que o referido Regulamento já se encontrava em vigor à data dos factos em apreciação *in casu*, justifica-se a sua abordagem autónoma no presente projeto de deliberação, tendo em conta a atuação regulatória e de supervisão que, *a final*, se propõe adotar.
52. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.
53. Em primeiro lugar, importa sublinhar que “*as regras e princípios constantes do [...] regulamento são aplicáveis a todas as transferências físicas de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, sempre que as mesmas determinem uma transmissão de responsabilidade, temporária ou definitiva, sobre os cuidados de saúde a prestar, nomeadamente: a) [a]s transferências no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes; b) [a]s transferências no decurso de situações de agudização do estado de saúde de utentes internados; c) [a]s transferências programadas para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade.*” (artigo 2.º, n.º 1 do Regulamento).
54. Em segundo lugar, impõe-se esclarecer que “[a] decisão de transferência de utentes é um ato médico, devendo ser fundamentada e tomada sempre que se verifiquem pelo menos duas das seguintes situações: a) [a] condição clínica do utente o justifique; b) [d]ecorra de pedido expresso do utente; c) [d]a mesma resulte um benefício para o utente” (n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento).
55. Em concretização do disposto no n.º 1, o n.º 2 daquele artigo 7.º esclarece que “(...) o estabelecimento de origem deve ponderar: a) [o]s benefícios da transferência para a condição clínica do utente, bem como os riscos associados ao transporte; b) [a]s potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do utente”.
56. É que, como sinaliza o n.º 3 do artigo 7.º do Regulamento, “[a] decisão de transferência do utente, a escolha da equipa de acompanhamento e do meio de transporte são da responsabilidade do estabelecimento de origem, devendo ser aptas a garantir a integração, qualidade e continuidade do nível de cuidados de saúde”.

57. Em suma, como muito bem sintetiza o n.º 2 do artigo 6.º do Regulamento, “[o] procedimento de transferência de utentes deve ter por base a articulação entre os diversos níveis e tipos de cuidados, numa lógica de complementaridade entre as entidades que integram o sistema de saúde”.
58. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem³ (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino⁴ (artigo 5.º).
59. Assim, compete, desde logo, ao estabelecimento de origem “[e]stabelecer um contacto prévio [preferencialmente telefónico] com o responsável do estabelecimento de destino, descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente” – Cfr. Artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1 do Regulamento.
60. Devendo, ademais, “ser devidamente registada no processo clínico do utente a identificação dos responsáveis na origem e no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado nos termos do n.º 1, bem como a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente” – Cfr. Artigo 8.º, n.º 2 do Regulamento.
61. Ora, além das razões da transferência, o estabelecimento de origem tem ainda a obrigação de esclarecer, entre outros, o utente e o seu acompanhante, sobre os termos em que a continuidade da prestação de cuidados de saúde fica garantida no estabelecimento de destino – Cfr. Artigo 12.º, n.º 1 do Regulamento.
62. Para efeitos de operacionalização da transferência, o estabelecimento de origem, sempre que possível antes de a mesma ser concretizada, deverá obrigatoriamente comunicar, entre outros, ao utente e ao acompanhante, através de contacto pessoal ou telefónico, a necessidade daquela transferência e a identificação do estabelecimento de destino, devendo todas estas comunicações ficar registas no processo clínico do utente – Cfr. Artigo 12.º, n.º 2 e 3 do Regulamento.

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

⁴ Ou seja, “estabelecimento prestador de cuidados de saúde do sector público, privado, cooperativo ou social para onde é transferido o utente para continuação da prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea d) do artigo 3.º do Regulamento.

63. Compete, ademais, ao estabelecimento de origem “c) [g]arantir a preparação atempada do processo de transferência e supervisionar o envio do relatório clínico do utente, devidamente instruído, para o estabelecimento de destino, incluindo imagem em registo digital; d) [t]ransferir o utente para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, com a respetiva carta de acompanhamento⁵ da transferência, a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de fatores de risco acrescido e, quando aplicável, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, que permita ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde; e) [a] coordenação e a responsabilidade operacional pela transferência do utente, incluindo a garantia de transporte que permita a sua concretização; f) [a]ssegurar a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, em tempo útil e adequado a garantir a integração, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, e que o transporte se faça com utilização dos recursos humanos e materiais necessários (...)" – Cfr. Artigos 4.º, alíneas c) a f) e 11.º do Regulamento.
64. Por ser assim, o estabelecimento de origem, além do planeamento do transporte de acordo com o estado clínico do utente, deve, ainda, “(...) garantir, em permanência, a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, incluindo equipa de acompanhamento adequada à situação clínica do utente, de modo a não colocar em causa o acesso em tempo útil, a integração, a continuidade e o nível e qualidade dos cuidados de saúde prestados, devendo igualmente ser salvaguardada a dignidade dos utentes, designadamente daqueles em situações de maior vulnerabilidade, cuja condição clínica não se compadeça com elevados tempos de espera” – Cfr. Artigo 9.º, n.ºs 1 e 4 do Regulamento.
65. O transporte do utente fica, pois, “(...) a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento de entrega do utente ao responsável clínico do estabelecimento de destino” – Cfr. Artigo 9.º, n.º 5 do Regulamento.

⁵ Quer dizer, “o documento onde consta a ordem de transferência do utente, o motivo subjacente à transferência, a informação relativa à situação clínica do utente (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar), o estabelecimento de destino, o ponto de contacto no estabelecimento de destino responsável pela aceitação da transferência, o tipo de transporte, a designação do pessoal e equipamentos necessários, as terapêuticas que devam ser asseguradas durante o transporte e a identificação do responsável no estabelecimento de origem” – Cfr. Alínea a) do artigo 3.º do Regulamento.

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

III.5. Da Orientação n.º 6/2022, de 19 de julho de 2022, da Direção-Geral da Saúde

68. Em 19 de julho de 2022, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu a Orientação n.º 6/2022, sobre o “Acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar”, que prevê o seguinte:
- “[...]
1. A transferência de mulheres grávidas entre unidades de saúde (inter-hospitalar) deve ser decidida após **avaliação de risco materno e fetal** pela **equipa multidisciplinar de Obstetrícia e Ginecologia e de Neonatologia da instituição de origem**, cabendo a **decisão final ao Chefe da Equipa Médica da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia** do hospital de origem.
 - a. A avaliação do risco necessita de contemplar não só os **critérios de ordem clínica maternos e fetais**, como também os de **ordem logística** (recursos disponíveis) e a **duração expectável do transporte**.
 - b. Em todas as situações de transferência inter-hospitalar deve ser assegurada previamente a existência de **capacidade de acolhimento**

da grávida e do recém-nascido no hospital recetor, ficando claramente identificado no processo clínico o nome do(s) médico(s) que aceitou(aram) receber a grávida e o(s) nascituro(s).

- c. *A grávida deve ser sempre acompanhada de informação clínica em envelope selado, a ser entregue em mão aos profissionais de saúde do hospital recetor*
 - d. *É da responsabilidade do Chefe da Equipa Médica da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do hospital de origem assegurar que a grávida e o elemento da família/acompanhante que ela indicar, são adequadamente informados do transporte a realizar para o hospital recetor, bem como do motivo do mesmo, antes desse transporte ocorrer.*
- 2. *Situações avaliadas como de **muito baixo risco clínico** – Situações clínicas estáveis, com risco muito reduzido de ocorrerem complicações durante o transporte inter-hospitalar, sem risco previsível de o parto ocorrer durante esse transporte, e sem necessidade previsível de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica durante a viagem:*
 - a. *Não é necessário solicitar uma ambulância medicalizada para transporte e a grávida não necessita de acompanhamento por profissionais de saúde de Ginecologia e Obstetrícia do hospital de origem.*
 - b. *Caso surjam complicações imprevistas durante a transferência, deverá ser contactado o CODU através do 112.*
- 3. *Situações avaliadas como de **baixo risco clínico** - Situações clínicas estáveis, com risco reduzido de complicações durante o transporte inter-hospitalar, sem risco previsível de o parto ocorrer durante esse transporte, mas com a necessidade previsível da manutenção de cuidados de enfermagem durante a viagem (por exemplo, assegurar a continuidade de terapêuticas importantes como a tocólise endovenosa):*
 - a. *Deve ser sempre solicitada uma ambulância medicalizada para transporte e a grávida deve ser acompanhada por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.*

- b. Caso a ambulância seja solicitada ao CODU, a medicalização e os equipamentos necessitam de ser providenciados pelo hospital de origem.
 - c. Caso surjam complicações imprevistas durante a transferência, deverá ser contactado o CODU através do 112.
4. Situações avaliadas como de **risco clínico moderado** - Situações clínicas estáveis, com risco moderado de complicações durante o transporte inter-hospitalar e com baixo risco de o parto ocorrer durante o transporte (incluem-se nestas situações as grávidas com 24 ou mais semanas de gestação com contractilidade uterina regular, alterações cervicais e colo com <5 cm de dilatação*, bem como grávidas com hemorragia vaginal ligeira/moderada, mas sem hemorragia ativa no momento do transporte, com estabilidade hemodinâmica e frequência cardíaca fetal normal):
 - a. Deve ser sempre solicitada uma ambulância medicalizada para o transporte e as grávidas devem ser acompanhadas por um elemento da equipa médica de Obstetrícia e Ginecologia e por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica de forma a serem assegurados cuidados de saúde adequados à grávida e ao recém-nascido, caso o nascimento ocorra durante a viagem.
- * Este critério poderá ser alterado para dilatações cervicais inferiores, de acordo com a duração expectável do transporte inter-hospitalar e a frequência/intensidade da contractilidade uterina.
5. Situações avaliadas como de **risco clínico elevado** - Situações clínicas instáveis, com risco elevado de complicações durante o transporte inter-hospitalar (instabilidade hemodinâmica, hipertensão não-controlada, hemorragia vaginal abundante, cardiotocograma suspeito ou patológico, etc.) ou com elevado risco de o parto ocorrer durante o transporte (contractilidade uterina regular e colo com ≥5 cm de dilatação*):
 - a. **Não devem ser realizadas transferências hospitalares.** Deve optar-se sempre pela estabilização clínica da situação antes do transporte ou, em alternativa, a resolução da situação no hospital de origem.

* Este critério poderá ser alterado para dilatações cervicais inferiores, de acordo com a duração expectável do transporte inter-hospitalar e a frequência/intensidade da contractilidade uterina.

6. Cada instituição deverá ter uma norma de procedimento própria dirigida ao transporte inter-hospitalar que deverá contemplar:
 - i. Fluxograma de atuação conforme avaliação de risco (incluindo indicação dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento do transporte inter-hospitalar).
 - ii. Composição da “mala de transporte”, que deve incluir equipamentos e medicação necessários para o apoio ao parto e à assistência ao recém-nascido, e que acompanhará os profissionais de saúde do hospital de origem em todas as situações de transporte interhospitalar de grávidas.
7. Esta orientação deverá ser adaptada às condições locais de cada instituição, incluindo a situação de contingência em que a unidade de saúde se encontre no momento de avaliação da necessidade da transferência.

AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação da presente Orientação deve ser contínua e executada a nível nacional, sendo a garantia da sua execução da responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde, das Direções Clínicas hospitalares e das Direções dos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia.

FUNDAMENTAÇÃO

Perante situações clínicas estáveis e com risco muito baixo de complicações de saúde durante o transporte inter-hospitalar, considera-se que a salvaguarda da saúde materno-fetal pode ficar a cargo dos profissionais do transporte que a acompanham. O número de profissionais de saúde disponíveis nos hospitais com cuidados de saúde maternos condiciona a necessidade de salvaguardar a disponibilidade destes profissionais para a resposta de urgência em Ginecologia e Obstetrícia/Bloco de Partos, dentro de cada hospital.

Importa sobretudo identificar as situações de maior risco de complicações de saúde durante o transporte inter-hospitalar, em que a presença de profissionais de saúde de Ginecologia e Obstetrícia pode ser importante para o diagnóstico e

orientação clínica das situações. Sendo impossível listar todas as situações de risco que podem condicionar complicações de saúde durante o transporte hospitalar, nesta Orientação estabelecem-se os princípios gerais a que deve obedecer o acompanhamento da grávida durante este transporte, de forma a minimizar riscos, sem condicionar a qualidade da resposta de urgência em Ginecologia e Obstetrícia no hospital de origem.”.

IV. DA ANÁLISE

69. *Ab initio* cumpre destacar que a situação em apreço pressupõe uma avaliação da correção técnica dos cuidados de saúde prestados à utente SR, no quadro das *legis artis* vigentes, a qual se subtrai ao quadro de competências e atribuições legais desta Entidade Reguladora (cfr. alínea a) do n.º 3 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS);
70. Assim se delimitando que o presente projeto de deliberação não se pronunciará sobre a decisão técnica do CHULN de transferir a utente, na tarde de dia 23 de agosto de 2022, para o CHLO;
71. Isto mesmo resultando do disposto no n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, ao dispor que “[a] decisão de transferência de utentes é um ato médico [...]”;
72. Pelo que, quanto a esse particular aspeto se remeterá, *a final*, cópia dos presentes autos de inquérito à Ordem dos Médicos, para atuação na respetiva área de competência.
73. Isto posto, da análise atenta e rigorosa dos elementos carreados para os presentes autos, mormente aqueles trazidos ao conhecimento da ERS pela IGAS, em 11 de julho de 2023, no seu Relatório n.º REL-2023-000104, remanesce a necessidade de avaliação dos procedimentos empregues pelo CHULN para salvaguarda do direito de acesso da utente SR a uma prestação de cuidados de saúde adequada, integrada, tempestiva e de qualidade;
74. Os quais, desde já se adianta, resultaram prejudicados por três ordens de razão:
 - (i) Em primeiro lugar, resultou apurado que a **avaliação de risco materno e fetal** efetuada pelo CHULN – **risco clínico moderado** –, e a consequente decisão de transferência da utente SR, não terá sido correta, face ao

estado clínico da utente, antes devendo ter recaído a avaliação de **risco clínico elevado**, o que, de acordo com a Orientação da DGS n.º 6/2022, inviabilizaria a transferência hospitalar para o CHLO;

- (ii) Por outro lado, também a escolha da **equipa de acompanhamento** da utente SR, durante o seu transporte para o CHLO, não terá sido adequada, na medida em que foi alocado pelo CHULN um **Interno** de Formação Específica de Ginecologia/Obstetrícia (1.º Ano), sem o acompanhamento por um elemento médico sénior, não tendo sido garantida a supervisão da atividade deste interno durante a transferência;
- (iii) Por último, à data dos factos, o CHULN não tinha **atualizado** o seu regulamento relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar, de acordo com o previsto na **Orientação n.º 6/2022**, da DGS, de 19 de julho de 2022.

75. Com efeito, no que tange ao constrangimento elencado em (i), pese embora a decisão de transferência se trate de um ato médico, da responsabilidade do hospital de origem, certo é que, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, a mesma deve ponderar os benefícios da transferência para a condição clínica do(a) utente, bem como os riscos associados ao transporte e, ainda, as potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do(a) mesmo;

76. Sendo que, a este propósito, a perita consultada pela IGAS concluiu que “*a decisão de transferência não foi correta, face ao diagnóstico formulado de pré-eclâmpsia grave e edema agudo do pulmão. O edema agudo do pulmão, apesar de um evento raro num contexto de PE, é uma complicaçāo que ameaça a vida da mãe. E acrescentou que, de acordo com a Orientação da DGS n.º 06/2022, nas situações avaliadas como de risco clínico elevado não devem ser realizadas transferências hospitalares. Concluiu, assim, que a grávida não deveria ter sido transferida.*”;

77. Motivo pelo qual se considera necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, para que o CHULN assegure que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o

direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, em conformidade com o estabelecido no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

78. Já no que tange ao ponto *(ii) supra*, das conclusões do processo de inspeção levado a cabo pela IGAS, apurou-se que a constituição da equipa de acompanhamento da utente SR, na sua transferência para o CHLO, não terá sido apta a garantir a integração, qualidade e continuidade do nível de cuidados de saúde prestados à utente;
79. De facto, de acordo com aquela Inspeção-Geral, “o *Internato médico* [] traduz[-se] num processo de formação médica (teórica e prática), cujo propósito é “habilitar o médico (...) ao exercício tecnicamente diferenciado numa determinada área de especialização, com a atribuição do correspondente grau de especialista” – cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 13/2018, de 26 de fevereiro.

Numa primeira fase o médico interno deverá apenas observar para, numa fase posterior, conseguir realizar parte da intervenção médica ou tratamento, participando assim como um membro da equipa a fim de, na fase final realizar todo o procedimento. No entanto, deverá ser acompanhado e supervisionado por um médico sénior.

Sendo um processo de aprendizagem é compreensível que um médico interno possa cometer falhas. No entanto, o acompanhamento e supervisão por um médico sénior, potencia a eliminação e mitigação de possíveis falhas.”;

80. Razão pela qual se concluiu que, “[o] Chefe de Equipa [...], ao determinar a composição da equipa de transporte, alocando o [...], Interno de Formação Específica de Ginecologia/Obstetrícia (1.º Ano), sem o acompanhamento por um elemento médico sénior, não garantiu a supervisão da atividade deste interno, durante a transferência, o que lhe é censurável, atenta a gravidade da situação clínica.”.
81. De onde resulta ter sido incumprido o disposto na 2.ª parte da alínea f) do artigo 4.º e n.º 1 do artigo 9.º do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, não tendo, sobretudo, o CHULN garantido a adequação de recursos (humanos) aptos a assegurar “a integração, qualidade e continuidade do nível de cuidados de saúde” prestados à utente SR, como determina o n.º 3 do artigo 7.º do mencionado diploma.

82. Por último, no que respeita ao ponto *(iii)* supramencionado, apurou a IGAS que “à data dos factos, o CHULN, E.P.E. ainda não tinha procedido à elaboração do procedimento de acordo com o previsto na [Orientação da DGS n.º 6/2022], encontrando-se em vigor um regulamento de 2019 (DOC007.1), onde são caracterizados os níveis de risco, em tudo semelhantes aos especificados na Orientação da DGS, e a determinação de quem realiza o acompanhamento no transporte.”;
83. Cumprindo, por isso, solicitar ao prestador a versão atualizada do regulamento relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar, adaptado em conformidade com a Orientação da Direção-Geral de Saúde n.º 6/2022, de 19 de julho de 2022, de acordo com o recomendado por aquela Entidade Inspetora.
84. Em face do exposto, justifica-se, pois, a atuação regulatória adiante descrita, importando sublinhar que, por força do incumprimento, pelo CHULN, do disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, deverá, a final, ser determinada a abertura do competente processo contraordenacional (cfr. artigo 13.º do mencionado regulamento e artigo 61.º, n.º 1, alínea b) dos Estatutos da ERS).

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

85. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável ex vi da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamado a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o CHULN, por ofício datado de 1 de agosto de 2023.
86. Após prorrogação do prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou, em 1 de setembro de 2023, a resposta do prestador, com o seguinte teor:

“Notificado do Projeto de Deliberação produzido no âmbito da apensação do Processo de Avaliação n.º AV/015/2022 ao processo de monitorização n.º PMT/002/2022 e para, querendo, expressar-se por escrito sobre o projeto de deliberação remetido, vem o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN) pronunciar-se nos termos seguinte:

1. No que concerne às conclusões e recomendações produzidas pela IGAS e que determinaram reanálise da situação pela ERS e bem assim apensação do processo de avaliação ao processo de monitorização, cumpre desde logo prestar os esclarecimentos seguintes, que igualmente foram prestados àquela entidade inspetiva:

A. *Independentemente da Unidade Cuidados Intensivos (UCIN) não se encontrar à data apta a funcionar na sua capacidade máxima (apresentando uma lotação de 16 camas), por impossibilidade de assegurar a dotação de recursos humanos de enfermagem, reitera-se a inexistência de vagas na referenciada Unidade, na manhã em apreço. Efetivamente apenas se verificava a existência de 1 vaga na UCIN, vislumbrando-se vir a existir uma segunda por transferência prevista para o Centro Hospitalar de Setúbal, o que acomodaria a possibilidade de afetação dessas 2 vagas a 2 gémeos de uma gestação de 31 semanas, cuja grávida era intransferível, em virtude de se encontrar já em trabalho de parto e portanto de ocupação iminente por parte dos RN na Unidade (não obstante ter ocorrido 1 transferência para o berçário em momento posterior à decisão da transferência inter-hospitalar, a mesma não se afigurava como previsível no momento do segundo contato efetuado nessa manhã para aferição de vagas na Unidade).*

B. *Sobre a avaliação clínica e caracterização do risco no caso em apreço, foram anteriormente produzidas as considerações tidas por adequadas pelo Centro Hospitalar e correspondentemente avaliadas pelas entidades inspetivas e reguladoras, no que concerne à sua correção.*

2. No que respeita concretamente à Proposta de Decisão e correspondentes Instruções constantes do presente Projeto de Deliberação, vem por este meio o CHULN pronunciar-se sobre as seguintes questões com interesse para a decisão e implementação de recomendações:

A. Adequação da prestação dos cuidados de saúde (art.º 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21/03).

O CHULN e seus profissionais no desenvolvimento de prestação de cuidados de saúde respeitam os direitos e interesses legítimos dos doentes, pautando a sua atuação pela salvaguarda da prestação de

cuidados adequados e tecnicamente mais corretos ao caso concreto, prestados humanamente com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável.

Face à preocupação em reforçar a equipa de enfermagem adstrita à UCIN, o CHULN desenvolveu um enorme esforço no que concerne às admissões de recursos para o local, sendo que até junho de 2023 ingressaram na Unidade 11 enfermeiros.

Importa, contudo, salientar que a UCIN do CHULN é uma das unidades mais diferenciadas do país e que é serviço fim de linha, que admite recém-nascidos a partir das 24 semanas de idade gestacional, a maioria classificados de alto risco e que carecem de cuidados altamente diferenciados e distintos, tendo capacidade para 19 recém-nascidos, fixando-se habitualmente a sua lotação acima dos 80%.

Tal diferenciação determina a necessidade de profissionais altamente qualificados a nível dos cuidados de enfermagem a prestar ao neonato e família e de molde a assegurar que se encontram garantidas todas as condições para assegurar a segurança e vida dos recém-nascidos. Razão pela qual as normais circunstâncias de decréscimo de elementos que compõem a equipa de enfermagem, por razões de gravidezes de risco, licenças de maternidades, aposentações ou outras, causam perturbações significativas no que concerne à manutenção dos rácios de profissionais, que neste tipo de Unidades carecem naturalmente de formação e integração on job de seis a nove meses.

Assim, não obstante o ingresso de 11 enfermeiros, desde então verificaram-se 8 rescisões de contrato, 4 das quais em período experimental, estando prevista a admissão de uma enfermeira para a Unidade com efeitos a 1 de setembro do presente ano, sendo que atualmente a lotação da UCIN voltou a decrescer em função do encerramento determinado pela realização de obras no Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução (DOGMR) do CHULN, situação que se verificará até 2024.

Nestes termos, e pela circunstância das equipas adstritas ao Departamento de Obstetrícia se encontrarem atualmente deslocalizadas no Hospital São Francisco Xavier, onde prestam consultas e urgências, a lotação da UCIN

foi transitória e temporariamente reduzida para 14 vagas, situação que se prevê praticamente duplicar a partir do próximo ano, quando após a conclusão das obras em curso, a Unidade retomará a sua atividade, prevendo-se passar a oferecer capacidade acrescida totalizando então 27 vagas de cuidados especializados ao neonato.

Para tanto, igualmente o CHULN mantém os esforços no que concerne ao desenvolvimento de soluções tendentes à contratação de profissionais quer para a área de cuidados intensivos neonatais, quer para a área de saúde materna e obstétrica, mediante a contratação direta de enfermeiros generalistas, bem como mediante diligências junto da tutela com vista à abertura de procedimento para contratação de especialistas.

Sobre a gestão de vagas na UCIN, atendendo a gravidade das situações clínicas e em articulação com o Serviço de Obstetrícia Correta, reitera-se que a mesma é desencadeada de forma criteriosa e atempada. A UCIN do CHULN é das mais diferenciadas e igualmente reconhecida pelos cuidados de elevada complexidade e diferenciação que presta e pelos resultados atingidos a nível nacional, pelo que naturalmente a gestão de vagas efetuada é um dos pressupostos desse resultado.

O Serviço de Neonatologia funciona em articulação diária e permanente com o Serviço de Obstetrícia e respetivas equipas do CHULN, mas também com a Rede de Hospitais de Apoio Perinatal, bem como com a Equipa de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, em função das necessidades locais e da rede e atendendo às especificidades de cada Unidade. Em cada momento é avaliada qual a Unidade que apresenta disponibilidade de vaga e características para proporcionar o tratamento e acompanhamento clínico necessário à situação concreta.

Assim, o funcionamento do Serviço e da UCIN, para além das valências e respostas clínicas que proporciona, pressupõe uma correta, criteriosa e atempada gestão de vagas, atenta a gravidade dos doentes e em permanente articulação, quer interna, quer externa, ou não seria apto a articular-se e proporcionar resposta em rede.

B. Cumprimento das normas e procedimentos atinentes ao transporte inter-hospitalar de grávidas pelos profissionais, adaptadas em

conformidade com as Orientações das entidades competentes correspondentes

A Orientação técnica da Direção-Geral da Saúde (DGS) <https://www.dgs.pt/normasorientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0062022-de-19072022-df.aspx> sobre o acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar referenciada, estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o acompanhamento da grávida, de forma a minimizar o risco materno e fetal.

Determina-se, nos termos da mesma, que a transferência de mulheres grávidas entre unidades de saúde deve ser decidida após avaliação de risco materno e fetal pela equipa multidisciplinar de Obstetrícia e Ginecologia e de Neonatologia da instituição de origem, explanando-se diretrizes para o transporte de grávidas em situação de muito baixo risco clínico, baixo risco clínico e risco clínico moderado, e explicitando-se que a mesma deve ser adaptada às condições locais de cada instituição que deverá ter uma norma de procedimento própria.

Assim, a transferência de grávidas entre hospitais deve ser decidida após uma avaliação de risco, que terá em conta critérios clínicos, recursos humanos disponíveis e duração do transporte, ou seja, a avaliação do risco necessita de contemplar não só critérios de ordem clínica maternos e fetais, como também de ordem logística (recursos disponíveis) bem como a duração expectável do transporte.

Em suma a avaliação de risco deve, após e para além da avaliação clínica, igualmente considerar a situação de contingência em que a unidade de saúde se encontre no momento de avaliação da necessidade da transferência, devendo a referenciada Orientação ser adaptada às condições locais de cada hospital, incluindo a situação de contingência em que a unidade de saúde se encontre no momento de avaliação da necessidade da transferência.

A orientação determina que a transferência hospitalar não deve ocorrer nos casos com risco elevado de complicações de saúde para a grávida durante o transporte, como hipertensão não-controlada e hemorragia vaginal abundante, ou com risco elevado de o parto ocorrer na ambulância, casos

em que deve optar-se pela "estabilização clínica antes do transporte" ou, em alternativa, pela "resolução da situação no hospital de origem".

A Orientação da DGS indicada, teve por base uma proposta da Comissão de Acompanhamento da Resposta em Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos, coordenada pelo médico [DACP], conforme decorre do Despacho n.º 7788/2022, de 24 de junho, (<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7788-2022-185156406>).

Sucede que o referenciado clínico dirigia, à data, o DOGMR do CHULN, sendo o Regulamento Interno n.º 10, em tudo similar à Orientação da DGS, elaborada à semelhança daquele e conforme indicado pela IGAS "uma caracterização dos níveis de risco, em tudo semelhantes aos especificados na Orientação em apreço, o mesmo se verificando quanto à determinação de quem realiza o acompanhamento no transporte", pelo que as determinações sobre avaliação de risco materno e fetal explanadas pela DGS eram as já preconizadas e instituídas no CHULN, pela circunstância de terem sido as determinadas internamente nos mesmos moldes do proposto pelo, à data, Coordenador da Comissão de Acompanhamento.

Termos em que, não obstante os profissionais do Serviço de Obstetrícia do CHULN atuarem em função do determinado na Orientação n.º 6/2022, de 19 de julho, a partir da entrada em vigor da mesma, a verdade é que tal já sucedia anteriormente e em concreto desde a data da implementação interna do Regulamento indicado.

Contudo, dispondo a Orientação da DGS, no seu ponto 6, que cada instituição deverá ter uma norma de procedimento própria dirigida ao transporte inter-hospitalar que deverá incluir, nomeadamente um fluxograma de atuação conforme avaliação de risco e a composição da "mala de transporte" que acompanhará os profissionais de saúde do hospital de origem nas situações de transporte inter-hospitalar de grávidas, vem o CHULN proceder ao envio do seu Regulamento atualizado (Doc. n.º 1 em anexo).

Mais se esclarece que nas situações de transferência de grávida cuja situação clínica seja avaliada como de risco clínico moderado, para além da mala de transporte referenciada, que acompanha os profissionais de saúde do CHULN em todas as situações de transporte inter-hospitalar de

grávidas, acresce mala de transporte cuja composição é em tudo similar à preconizada para o transporte de doente crítico, nos termos constantes do atual regulamento interno do CHULN.

Tais normas e procedimentos são, pois, do conhecimento dos profissionais, sendo que, atenta a circunstância transitória de deslocalização da maior parte das atividades do Serviço de Obstetrícia para o CHLO, foi igualmente reiterada junto dos mesmos a necessidade de manutenção do cumprimento dos procedimentos explicitados no atual Regulamento do CHULN, referente ao acompanhamento de mulheres grávidas em caso de eventual transferência inter-hospitalar.

Em conclusão, não se verifica na situação em apreço qualquer incumprimento ou desvio ao preconizado nas normas e orientações reportadas a transferência de utentes, tendo os profissionais do CHULN atuado em conformidade com o preceituado nas mesmas face à avaliação clínica e caraterização do risco efetuados.”.

87. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o CHULN juntou aos autos o Regulamento Interno n.º 10, sobre “**ACOMPANHAMENTO DE GRÁVIDAS DURANTE A TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR**”, com o seguinte teor:

Data de entrada em vigor da atualização: 1 de Julho de 2023

Fundamentação

A transferência inter-hospitalar de grávidas para outras unidades de saúde, quando a situação clínica é estável e existe um risco muito baixo de complicações durante o transporte, não necessita de acompanhamento por profissionais de saúde do hospital. A salvaguarda da saúde da grávida ficará a cargo dos profissionais do transporte inter-hospitalar que a acompanham. Em todas as restantes situações é necessário assegurar o acompanhamento da grávida por profissionais de saúde até ao momento da passagem de responsabilidades.

A 19 de Julho de 2022 entrou em vigor a orientação da DGS 006/2022 sobre este tema, sendo necessária a devida atualização do regulamento interno, à luz dessa orientação e das recomendações sobre transporte de Doentes Críticos da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, de 2008 atualizadas em 2023.

A avaliação da parturiente tem de ter em conta a situação de saúde da grávida, o estado fetal, a fase da gravidez e do trabalho de parto, bem como os constrangimentos relativos à distância e à logística do transporte existente no momento da transferência.

Em situações clínicas instáveis, não devem ser realizadas transferências hospitalares, sendo de optar pela estabilização/resolução da situação clínica no nosso hospital. A avaliação do risco de complicações durante o transporte inter-hospitalar deve também ter em conta a duração expectável do mesmo.

1. A transferência de mulheres grávidas entre a maternidade do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte (CHULN) e outras instituições deve ser decidida após avaliação de risco materno e fetal pela equipa multidisciplinar de Obstetrícia e Ginecologia, de Neonatologia e Anestesiologia do CHULN, cabendo a decisão final da transferência ao Chefe da Equipa Médica da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do CHULN.

- a. A avaliação do risco necessita de contemplar não só os critérios de ordem clínica maternos e fetais, como também os de ordem logística (recursos disponíveis) e a duração expectável do transporte.
- b. Em todas as situações de transferência inter-hospitalar deve ser assegurada previamente a existência de capacidade de acolhimento da grávida e do recém-nascido no hospital recetor, ficando claramente identificado no processo clínico o nome do(s) médico(s) que aceitou(aram) receber a grávida e o(s) nascituro(s).
- c. A grávida deve ser sempre acompanhada de informação clínica em envelope selado, a ser entregue em mão aos profissionais de saúde do hospital recetor.
- d. É da responsabilidade do Chefe da Equipa Médica da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do CHULN assegurar que a grávida e o elemento da família/acompanhante que ela indicar, são adequadamente informados do transporte a realizar para o hospital recetor, bem como do motivo do mesmo, antes desse transporte ocorrer.

2. Situações avaliadas como de muito baixo risco clínico - Situações clínicas estáveis, com risco muito reduzido de ocorrerem complicações durante o transporte inter-hospitalar, sem risco previsível de o parto ocorrer durante esse transporte, e sem necessidade previsível de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica durante a viagem:

- a. Não é necessário solicitar uma ambulância medicalizada para transporte e a grávida não necessita de acompanhamento por profissionais de saúde de Ginecologia e Obstetrícia do hospital de origem.
- b. Caso surjam complicações imprevistas durante a transferência, deverá ser contactado o CODU através do 112.

3. Situações avaliadas como de **baixo risco clínico** - Situações clínicas estáveis, com risco reduzido de complicações durante o transporte inter-hospitalar, sem risco previsível de o parto ocorrer durante esse transporte, mas com a necessidade previsível da manutenção de cuidados de enfermagem durante a viagem (por exemplo, assegurar a continuidade de terapêuticas importantes como a tocolise endovenosa):

- c. Deve ser sempre solicitada uma ambulância medicalizada para transporte e a grávida deve ser acompanhada por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.
- d. Caso a ambulância seja solicitada ao CODU, a medicalização e os equipamentos necessitam de ser providenciados pelo CHULN.
- e. Caso surjam complicações imprevistas durante a transferência, deverá ser contactado o CODU através do 112.

4. Situações avaliadas como de **risco clínico moderado** - Situações clínicas estáveis, com risco moderado de complicações durante o transporte inter-hospitalar e com baixo risco de o parto ocorrer durante o transporte (incluem-se nestas situações as grávidas com 24 ou mais semanas de gestação com contratilidade uterina regular, alterações cervicais e colo com <5 cm de dilatação*, bem como grávidas com hemorragia vaginal ligeira/moderada, mas sem hemorragia ativa no momento do transporte, com estabilidade hemodinâmica e frequência cardíaca fetal normal):

- a. Deve ser sempre solicitada uma **ambulância medicalizada** para o transporte e as grávidas devem ser acompanhadas por um **elemento da equipa médica de Obstetrícia e Ginecologia e por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica** de forma a serem assegurados cuidados de saúde adequados à grávida e ao recém-nascido, caso o nascimento ocorra durante a viagem.
- b. Em situações excepcionais de grávidas com situações clínicas estáveis, mas cuja situação de base possa implicar apoio não obstétrico, deve ser ativada a **Equipa de Transporte de Doente Crítico do CHULN**, para avaliação do caso e possível transporte. Esta decisão deve ser fundamentada no processo clínico da grávida e na documentação da transferência.

* Este critério poderá ser alterado para dilatações cervicais inferiores, de acordo com a duração expectável do transporte inter-hospitalar e a frequência/intensidade da contractilidade uterina.

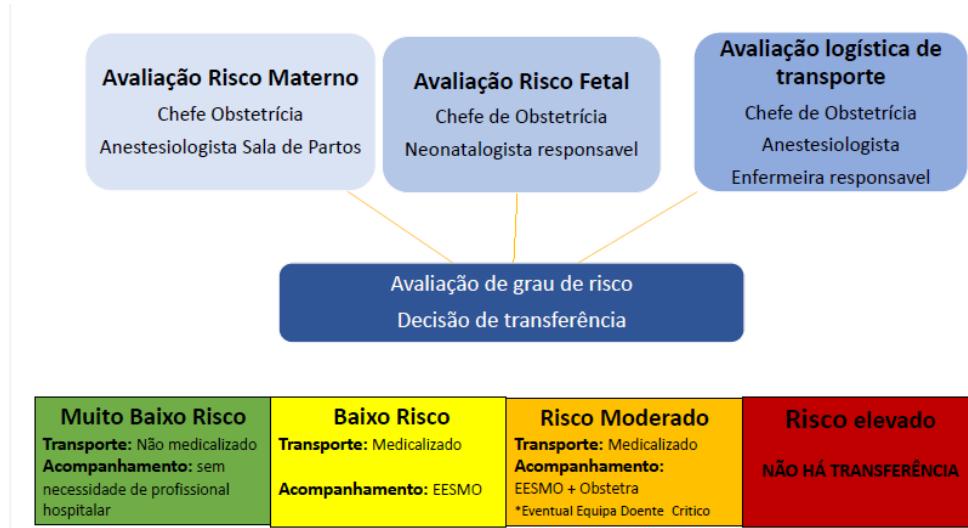
5. Situações avaliadas como de **risco clínico elevado** - Situações clínicas instáveis, com risco elevado de complicações durante o transporte inter-hospitalar (instabilidade hemodinâmica, hipertensão não-controlada, hemorragia vaginal abundante, cardiotocograma suspeito ou patológico, etc.) ou com elevado risco de o parto ocorrer durante o transporte (contratilidade uterina regular e colo com ≥5 cm de dilatação*):

- a. **Não devem ser realizadas transferências hospitalares.** Deve optar-se sempre pela estabilização clínica da situação antes do transporte ou, em alternativa, a resolução da situação no hospital de origem.

* Este critério poderá ser alterado para dilatações cervicais inferiores, de acordo com a duração expectável do transporte inter-hospitalar e a frequência/intensidade da contractilidade uterina.

6. Determinação de quem realiza o acompanhamento no transporte

- a. Para as grávidas internadas no sector de Internamento de Medicina Materno-Fetal, em que a decisão de transferência ocorre nos dias úteis entre as 8:30 e as 13:30, cabe ao Responsável do Internamento determinar o grau de risco das situações clínicas, após ouvir o Responsável pela Neonatalogia e a Enfermeira-Chefe do setor, e assumindo a responsabilidade pela decisão.
- b. Para todas as restantes situações esta decisão cabe ao Chefe de Equipa da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, de acordo com os pontos anteriores deste regulamento.
- c. Cabe ainda aos responsáveis médicos e de enfermagem acima identificados determinar quem são os elementos da equipa médica e de enfermagem que realizam o acompanhamento da grávida nas situações. Cabe-lhes ainda definir de que forma é que será colmatada a ausência dos profissionais do serviço para que não haja compromisso da segurança ou do atendimento das restantes utentes (incluindo a eventual necessidade de adiar intervenções cirúrgicas programadas).



[...].

88. Analisada a pronúncia do prestador verifica-se, desde logo, que este não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;
89. Antes demonstrou a sua intenção de coadunar o seu comportamento com a instrução constante do projeto de deliberação regularmente notificado, para o efeito cumprindo antecipadamente a alínea *iv*) da instrução projetada, adaptando o Regulamento Interno relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar, em conformidade com a Orientação da Direção-Geral de Saúde n.º 6/2022, de 19 de julho de 2022, conforme havia já sido pugnado pela IGAS, no âmbito do processo de Inspeção n.º 059/2022-INS;
90. Razão pela qual, não se justifica a manutenção da referida alínea⁶, devendo a mesma ser suprimida da presente deliberação.
91. Passando, no entanto, a ser necessário salvaguardar o cabal cumprimento da instrução projetada, em especial, no que respeita à adequação dos procedimentos e/ou as normas internas em matéria de transferências inter-hospitalares com o disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro;
92. Nestes termos, tendo em vista garantir uma efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, a adequação integral e permanente do comportamento do CHULN, para evitar que situações como a dos presentes autos se voltem a repetir, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS;
93. Motivo pelo qual se mantém a decisão notificada, à exceção do anteriormente referido quanto à alínea *iv*) da instrução projetada, para efeitos da qual se considera a informação já prestada no âmbito da pronúncia ora exercida.

VI. DECISÃO

94. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo

⁶ “Remeter à ERS a versão atualizada do regulamento relativo ao acompanhamento de mulheres grávidas durante a transferência inter-hospitalar, adaptado em conformidade com a Orientação da Direção-Geral de Saúde n.º 6/2022, de 19 de julho de 2022”.

Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Adaptar, em conformidade com disposto no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, os procedimentos e/ou as normas internas em matéria de transferências inter-hospitalares;
- (iii) Garantir, em permanência, que os procedimentos e/ou as normas descritos em (ii) são do conhecimento dos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
- (iv) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

95. A instrução emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos respetivos Estatutos configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.
96. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Ordem dos Médicos e da Inspeção Geral das Atividades em Saúde, I.P..
97. A presente deliberação será publicada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 21 de setembro de 2023.



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

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2023

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

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