

**DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA**  
**ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**  
**(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)**

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/054/2016;

## **I. DO PROCESSO**

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

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por MSL, em 19 de março de 2016, que em suma refere que o utente ML, seu

pai, se deslocou ao serviço de urgência do estabelecimento de saúde identificado como Hospital Beatriz Ângelo (HBA), registado no SRER sob o número 21869, pelas 4h30, tendo sido triado com pulseira amarela. No entanto, o utente apenas foi observado por profissional médico pelas 7h40, tendo sido diagnosticado um enfarte do miocárdio.

2. A referida queixa foi, inicialmente tratada na ERS, no âmbito do processo de reclamação registado sob o n.º REC/26195/2016
3. Subsequentemente, considerando a necessidade de adoção de diligências instrutórias adicionais foi aberto o processo de avaliação registado sob o n.º AV/104/2016.
4. Na pendência do processo de avaliação referido, a ERS tomou conhecimento de uma outra reclamação subscrita por MS, em 9 de março de 2016, que refere que se deslocou sete vezes ao serviço de urgência do HBA sem que tivesse sido feito qualquer diagnóstico.
5. A reclamação subscrita pela utente MS deu origem ao processo de reclamação registado sob o n.º REC/26187/2016, tendo a mesma sido posteriormente apensada ao AV/104/2016, por igualmente versar sobre constrangimentos de funcionamento do serviço de urgência do HBA.
6. Nesse âmbito, e face aos elementos carreados para os autos, considerou-se necessária a adoção de uma intervenção regulatória que acautelasse os direitos e interesses legítimos dos utentes, em especial o direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil e adequados à sua situação clínica, e dessa forma procurando evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos;
7. Pelo que, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 31 de agosto de 2016, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/054/2016.

## **I.2 Diligências**

8. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:

(i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS onde se constatou que a Sociedade Gestora do Hospital de Loures se encontra

registada no SRER da ERS, sob o n.º 21869, e é detentora de um estabelecimento denominado Hospital Beatriz Ângelo, registado sob o n.º 118240, sito na Av. Carlos Teixeira, n.º 3, 2674 – 514 Loures.

(ii) Pedido de elementos ao HBA, em 13 de julho de 2016, e análise da respetiva resposta rececionada em 25 de julho de 2016;

(iii) Notificação de abertura de processo de inquérito à exponente MSL em 4 de novembro de 2016 e análise da respetiva resposta em 14 de novembro de 2016;

(v) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos ao HBA, em 4 de novembro de 2016, e análise da respetiva resposta rececionada em 15 de novembro de 2016;

(vi) Pedido de parecer técnico a consultor médico da ERS e análise do respetivo relatório de apreciação clínica de 20 de dezembro de 2016.

## II. DOS FACTOS

### II.1. Da situação referente ao utente ML

9. Em suma refere o exponente MSL, na sua reclamação, o seguinte:

*“[...] O doente ML. entrou neste serviço às 4,20 com queixas de dor no peito. Tem uma cardiopatia grave após ter sofrido um enfarte em 2013, usa CDI, tem epilepsia e sofreu uma convulsão em casa, esteve desmaiado até chegar o 112.*

*Neste momento são 7h40 e nenhum médico o viu ou se aproximou dele, apesar de eu insistentemente alertar para a aflição que ele estava a sofrer.*

*[...]*

*O meu pai foi visto pela Dr.ª V. que imediatamente diagnosticou enfarte do miocárdio. Um doente esteve quase 4 horas a enfartar na urgência e [...] ninguém o viu. [...]*

*[...]”.*

### II.2. Do pedido de informação ao HBA relativo ao utente ML

10. No âmbito do processo de avaliação, e considerando a necessidade de obtenção de informação adicional para a análise mais aprofundada da situação, foi solicitado, em 13 de julho de 2016, ao HBA que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]

1. *Explicitem de forma fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, a situação descrita na referida reclamação;*
2. *Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente), e cópia do relatório do episódio de urgência do utente (Alert), em 19 de março de 2016;*
3. *Confirmação de que a situação foi enquadrada em sede da Via Verde Coronária, ou, em caso negativo, indicação da(s) raz(ões) para que tal não tenha sucedido;*
4. *Considerando informação de V. Exas. de 19 de abril de 2016, no âmbito do processo de monitorização PMT/001/2016, que corre termos na ERS, informem se já se encontra concluída a revisão do Fluxograma do funcionamento da Via Verde Coronária nessa unidade, com envio dos elementos documentais e factuais de que disponham;*
5. *Indicação dos procedimentos definidos ao nível do Serviço de Urgência, quer estejam integrados ou não na VV Coronária, no sentido do tratamento ou encaminhamento dos utentes chegados pela VV Coronária;*
6. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.[...]*”

11. Por ofício de 25 de julho de 2016, o HBA veio aos autos informar que:

“[...] De acordo com o esclarecimento prestado temos a informar que o Utente M. recorreu ao Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo com quadro de síncope na madrugada de 19 de março de 2016, cerca das 04h30m. Referia ainda dor torácica atípica com dois dias de evolução e dor à palpação da grelha costal.

O doente encontrava-se hemodinamicamente estável na triagem: Pressão arterial =145/90mmHG; Frequência cardíaca=71ppm; Frequência respiratória=14 ciclos/min; Temperatura=36,8°C Glasgow Coma Score=14; Escala de Dor=6; Glicemia=273mg/dl. O fluxograma de entrada segundo o protocolo de triagem foi “Estado de inconsciência/Síncope”.

Não foi ativada a via verde coronária pois a queixa principal foi síncope. A dor torácica tinha dois dias de evolução, tinha características atípicas e não havia

*instabilidade hemodinâmica, pelo que não existiam na altura critérios para ativação da via verde síndrome coronário agudo.*

*O procedimento “Triagem e protocolos de atuação no Serviço de Urgência Geral”, revisto e homologado a 11 de março de 2016 define os critérios de ativação da via verde torácica não traumática/suspeita de síndrome coronário agudo como: Dor retroesternal ou Desconforto torácico típico, definido como constrição ou peso no centro do peito, podendo irradiar para os membros superiores ou para a mandíbula. Poderá estar associado a suores, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica; Desconforto torácico não típico, com sinais de instabilidade hemodinâmica; equivalente anginoso (desconforto torácico não típico ou mal estar inespecífico em doente diabético) e com sinais de instabilidade hemodinâmica.*

*Quando existem critérios para activação da via verde o enfermeiro triador deve Prescrever no processo clínico eletrónico o Protocolo VV Dor Torácica; Avaliar Frequência cardíaca, Pressão arterial; Temperatura; Score de Glasgow, Frequência Respiratória do doente para obtenção automática do MEWS e acompanhar o doente à sala de reanimação.*

*Face às queixas apresentadas na triagem foi atribuída ao doente uma prioridade clínica “cor amarela”. Esta prioridade pressupõe um tempo médio de 60 minutos entre a triagem e o atendimento médico. O Utente M. foi chamado para observação clínica às 07h42, pelo que o tempo de espera ultrapassou efetivamente os valores recomendados para a cor atribuída. Este tempo de espera varia de acordo com factores imprevisíveis, tais como afluência ao serviço de urgência ou grau de complexidade dos casos clínicos presentes no serviço de urgência naquela altura. [...]”.*

12. O prestador veio ainda aos autos juntar os seguintes documentos:

i) relatório completo de episódio de urgência referente ao dia 19 de março de 2016:

a) na triagem inicial, pelas 4h30 pode ler-se as seguintes informações:

- *Queixa de apresentação: Síncope após levantar p/ ir ao WC. Refere toracalgia que agrava ao toque e náuseas. AP: epilepsia*

- *Duração da queixa: 1 hora*

- *Quadro de sintomas: Estado de inconsciência/síncope;*

- *Prioridade atribuída: Urgente*

- *Discriminador: História de T.C.E [traumatismo craneo-encefálico];*

- Pressão sistólica: 145;
- Pressão Diastólica: 90;
- Frequência Cardíaca: 71;
- Frequência Respiratória: 14;
- Temperatura: 36.80;
- Glicémia: 243;
- Escala de Dor: 6;
- Escala de Glasgow 14;
- Escala de MEWS: 0;

b) no momento da observação clínica, pelas 07h44m, pode ler-se o seguinte:

*MCDTs de urgência: efetuou com alterações*

*Diagnóstico ICD9: Enfarte Agudo do Miocárdio, Local NCOP, Episódio de cuidados subsequentes;*

c) O utente foi encaminhado para o Hospital de Santa Maria, para a especialidade de cardiologia;

ii) Cópia do procedimento referente a Triagem e protocolos de atuação no serviço de urgência geral, datado de 11-03-2016, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

*“[...] Via Verde da Dor Torácica Não Traumática (suspeita de Síndrome Coronário Agudo)*

*a) Critérios de ativação pelo enfermeiro triador:*

- *Dor retroesternal ou Desconforto torácico típico, definido como constrição ou peso no centro do peito, podendo irradiar para os membros superiores ou para a mandíbula. Poderá estar associado a suores, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica;*
- *Desconforto torácico não típico, com sinais de instabilidade hemodinâmica;*
- *Equivalente anginoso (desconforto torácico não típico ou mal estar inespecífico em doente diabético) e com sinais de instabilidade hemodinâmica.*

*b) Como efetuar:*

- *Prescrever Protocolo VV Dor Torácica;*

- *Avaliar Frequência Cardíaca, Pressão arterial; Temperatura; Score de Glasgow, Frequência Respiratória do doente para obtenção automática do MEWS;*

- *Acompanhar o doente à sala de reanimação.*

- *Contactar o técnico de ECG do SUG, entre as 08h30 e 01h;*

*Encaminhar o doente em ADT para urgência – sala de reanimação [...]*

*[...] Pedido de ECG na Triagem (para além das Vias Verdes)*

*a) Critérios de pedido do enfermeiro triado:*

- *Desconforto torácico anterior que persiste no momento da triagem (extensível à região epigástrica), não traumático e não enquadrável em patologia respiratória facilmente identificável (ex. febre ou tosse);*

- *Síncope*

- *[...]*

- *[...]*

### **II.3. Da situação referente à utente MS**

13. Em suma refere a utente MS o seguinte:

*“[...] Há um mês consecutivo venho à urgência de ginecologia com forte dores e perdas de sangue e aguardo horas de espera e nada concluem. Hoje dei aqui entrada à 01h27 da manhã com perda excessiva de sangue fizeram análises ao sangue e à urina a qual foi entregue por mim às 03/04h da manhã até agora às 05:50h da manha não obtive qualquer resultado deste serviço. Saio daqui com perdas ainda maiores de sangue [...]*”.

14. Considerando a necessidade de carrear informação adicional para a análise mais aprofundada da situação da utente MS, foi solicitado, em 4 de novembro de 2016, ao HBA que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

*“[...]*

*1. Explicitem de forma fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, a situação descrita na reclamação subscrita por MS;*

*2. Envio de identificação da utente (nome completo, número de utente) e cópia dos relatórios do episódio de urgência (Alert), no período compreendido entre 12/02/2016 e 10/03/2016;*

3. *Esclareçam se a utente foi encaminhada/referenciada internamente para consulta de especialidade;*
4. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.[...]*
15. Por ofício de 15 de novembro de 2016, veio o prestador prestar os seguintes esclarecimentos:
- “[...] Foram solicitados esclarecimentos ao Serviço de Urgência de Ginecologia-Obstetrícia os quais se juntam em anexo. [...]”.*
16. O prestador vem juntar cópia da resposta à reclamação da utente, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:
- “[...] Paciente de 32 anos, IO 1021 (1 PTE anterior, 2 IVG), B Rh +*
- Procedeu-se à revisão dos episódios de vinda ao serviço de urgência compreendidos entre 12 de fevereiro e 10 de março de 2016 (7 episódios).*
- Constata-se que a paciente foi observada por diferentes médicos de serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia de acordo com as queixas apresentadas, parecendo que estas foram sempre valorizadas nomeadamente levaram a que fossem solicitados exames complementares de diagnóstico dirigidos e adequados, de acordo com a legis artis. Refiro a título de exemplo exames analíticos ecografias obstétricas e ecografia renal.*
- Em alguns episódios teve necessidade de efetuar terapêutica que segundo os registos clínicos surtiu o efeito pretendido.*
- Nos exames efetuados não se detetou qualquer patologia, exceção feita a bacteriúria assintomática detetada em urocultura (exame cujo resultado demora 3 a 4 dias) efetuada em 9 de março no episódio que deu origem à presente reclamação e que a paciente abandonou o serviço.*
- [...]*
- Em anexo seguem relatórios dos referidos episódios. [...]”*
17. O prestador vem juntar cópia dos episódios de urgência, nos dias 12, 17, 19, 27, de fevereiro de 2016 e dos dias 3, 9, e 10 de março de 2016, que para o que ao presente importa se passa a transcrever:

**a) Dia 12 de fevereiro de 2016**

- (i) utente triada como pouco urgente
- (ii) queixa de apresentação: DUM 29 de outubro grávida de 14s+16d Náuseas e vômitos desde há 8 semanas. Parestesias dos m inferiores
- (iii) MCDTs Urgência: Efetuou mas sem alterações
- (iv) Desc. MCDTs: Eco
- (v) Diagnóstico ICD): Hiperemese gravídica leve

**b) Dia 17 de fevereiro de 2016**

- (i) utente triada como urgente
- (ii) queixa de apresentação: Grávida de 15s+3d vinda ao SU por lombalgia com irradiação lombar intermitente mais acentuado à esquerda com perda de sensibilidade no membro inferior esquerdo
- (iii) Diagnóstico ICD9: dor abdominal, local não especificado

**c) Dia 19 de fevereiro de 2016**

- (i) utente triada como urgente
- (ii) queixa de apresentação: Algias pélvicas. Perda hemática vaginal. IG:16s+3d [...] esteve cá ontem pelo mesmo motivo
- (iii) MCDTs Urgência: Efetuou mas sem alterações
- (iv) Desc. MCDTs: Eco
- (v) Diagnóstico ICD): supervisão de gravidez normal

**d) Dia 27 de fevereiro de 2016**

- (i) utente triada como urgente
- (ii) queixa de apresentação: hemorragia vaginal escassa IG17s
- (iii) Diagnóstico ICD): hemorragia no início da gravidez NCOP

**e) Dia 3 de março de 2016**

- (i) utente triada como urgente
- (ii) queixa de apresentação: hemorragia vaginal desde há 2 horas IG17s4 d
- (iii) Diagnóstico ICD): hemorragia no início da gravidez NCOP

**f) Dia 9 de março de 2016**

- (i) utente triada como urgente
- (ii) queixa de apresentação: vem por hemorragia vaginal em moderada quantidade e dor abdominal generalizada + lombalgias IG 18+1
- (iii) Diagnóstico ICD): hemorragia no início da gravidez NCOP

**g) Dia 10 de março de 2016**

- (i) utente triada como urgente
- (ii) queixa de apresentação: vem por hemorragia vaginal refere diarreia e cólicas abdominais há 1 semana IG18s+2d
- (iii) Diagnóstico ICD): supervisão de gravidez normal

**II.5. Do pedido de parecer clínico**

18. Tendo em conta a necessidade avaliação técnica dos factos em presença, foi solicitado parecer ao perito médico da ERS, cujas conclusões, em suma, se reconduzem a:

**a) Quanto ao utente ML**

*“[...] Trata-se de doente que recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica “atípica” com dois dias de evolução. Os registos também parecem adequados, havendo referência naquilo que parece ser uma transcrição do cateterismo realizado em outra Instituição para enfarte com evolução de sete horas. O doente foi triado como amarelo, sendo previsível um tempo de espera de 60 minutos, que foi largamente ultrapassado, tendo esperado pela observação durante cerca de quatro horas.*

*Para além da incongruência entre o tempo de evolução do enfarte, registado nas observações clínicas, sem dúvida que o principal problema apresentado consiste no*

*excessivo tempo de espera que o doente teve até ser observado. Não está adequadamente explicado, na minha opinião, o que justificou este tempo demorado, até porque a reclamação refere que o fluxo de doentes não seria exagerado. [...]*

#### **b) Quanto à utente MS**

*[...] Trata-se de grávida que recorre ao SU por várias vezes, por metrorragias.*

*Os registos clínicos enviados são adequados e claros no que diz respeito à abordagem sucessiva da grávida. Das várias observações registadas, que aliás são coincidentes, trata-se de perdas hemáticas que poderão estar relacionadas com doença do colo do útero, uma vez que dos exames realizados ao feto, parece não haver alterações relacionadas com este. As “legis artis” parecem ter sido cumpridas. [...]* – cfr. Relatório de apreciação clínica junto aos autos.

#### **II.4. Da informação adicional da exponente MSL**

19. Já em sede de processo de inquérito, a ERS rececionou um ofício da exponente MSL, datado de 14 de novembro de 2016, que, para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:

*“[...] Quando o meu pai faleceu a 7 de Abril pensei de imediato dar início a um processo em tribunal, em falar a comunicação social, pensei em tudo! Depois arrefeci um pouco pois que nenhuma indemnização lhe devolve a vida e eu não tenho dinheiro para esses processos judiciais. Só gostaria que os médicos de serviço naquela noite, não tivessem oportunidade de fazer a mais ninguém o que lhe fizeram. Foi indigno e a Dr<sup>a</sup> [VS] que o assistiu também o pensou com certeza, quando o levou para o SO, me pôs a mão no braço e disse “tenha calma mas saiba que pode contar comigo para aquilo que entender fazer”.*

*Na passada semana precisei de levar a minha mãe a urgência com hipertensão e dor no braço esquerdo. Tremi de pânico de ver repetir uma cena idêntica. A minha confiança naquele hospital é zero, infelizmente.*

*Gostaria, se ajudar ao processo, de contar em pormenor aquela madrugada, mas não quero maçar com pormenores que desconheço se lhe são relevantes.*

*Como é fácil de verificar pelos registos, aquela madrugada foi de “pasma”. Estávamos seis familiares na sala de espera o que diz bem de como a afluência era fraca. A minha queixa vai sobretudo e em especial contra a médica que ocupava o*

*gabinete 11, com quem falei varias vezes e a quem implorei que o visse. Ele gritava deitado numa maca (a única maca) da sala em frente a ela. E ela não foi capaz de se levantar e ver se havia razão para o estado em que o meu pai estava! De cada vez que lhe fui pedir, implorar que o visse, estava a escrever mensagens no telem. e nem para mim olhava apenas respondia “já o chamo” e assim passaram as horas! Quando o meu pai deu entrada a fita amarela estava com uma espera de 2H e 15m, salvo erro. Foi bem triado com fita amarela ou o erro começa aí? Estamos a falar de um doente com cardiopatia grave. Não devia ser triado a laranja? E que médica tem coragem de fazer o que ela fez, que se limitou a pedir um electrocardiograma que só poderia ser feito depois das 9 pois nenhum técnico estava de serviço?*

*A Dr<sup>a</sup> [VS] quando o auscultou, correu pelo corredor a procurar um aparelho de ECG, ligou tudo a pressa e mal olhou gritou “ Sr. enfermeiro, SO rápido, rápido “.*

*O meu pobre pai estava há horas com um enfarte em evolução e ninguém olhou para ele! Foi ali que ele morreu e não no dia 7 de Abril.*

*Todos os meus amigos advogados me dizem para avançar, mas ainda acredito que a ERS faça Justiça. A Justiça que a memória do meu Pai merece. [...]”.*

### **III. DO DIREITO**

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

20. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
21. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
22. Consequentemente, a Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A, é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, com o NIPC 509217605, registada no SRER da ERS, sob o n.º 21869, detentor de um estabelecimento denominado Hospital Beatriz

Ângelo, registado sob o n.º 118240, sito na Av. Carlos Teixeira, n.º 3, 2674 – 514 Loures.

23. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “a *supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”*”.
24. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas b), c) e d) do artigo 10º dos Estatutos da ERS, “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde*”; “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.
25. No que toca, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “*apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas*”.
26. Já no que se refere ao objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS “*garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.
27. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
28. Considerando as referidas atribuições e competências, a ERS deverá assegurar a cautela dos direitos e interesses legítimos dos utentes, em especial o direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil e adequados à sua situação clínica, e dessa forma procurando evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.

### III.2. Do direito de acesso aos cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável

29. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
30. Dito de outro modo, a CRP impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
31. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 4 da sua Base I que *“os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”*, consagrando-se nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que *“é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”*;
32. Bem como estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:
- “a) Ser universal quanto à população abrangida;*
  - b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*
  - c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”*;
33. No respeitante à vertente qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos;
34. O que significa que a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica, e que sejam os reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.

35. Cumprindo, por isso, analisar se o comportamento adotado pelos prestadores em causa nos presentes autos, foi suficiente para garantir o cumprimento do dever prestação de cuidados necessários e atempados, imposto aos mesmos.

### **III.3. Do enquadramento legal da prestação de cuidados – dos direitos e interesses legítimos dos utentes**

36. O utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

37. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.

38. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.

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

40. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (*“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, segundo o qual *“O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita”* (n.º 1).

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

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

43. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente<sup>1</sup>, segundo o qual deve

---

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

ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo, em todas as fases do tratamento.

44. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre “Os direitos do paciente”, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”*.
45. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, está a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.
46. Ou seja, deve ser reconhecido ao utente o direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, obvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
47. Por outro lado, quando, na alínea c) da Base XIV da LBS, se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, tal imposição decorre diretamente do dever de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.
48. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter redobrado cuidado em respeitar as pessoas particularmente frágeis em razão de doença ou deficiência.
49. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito insito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.
50. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente, segundo o qual

deverá ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo em todas as fases do tratamento.

51. Ora, no âmbito das atribuições e competências acima expostas, verificamos que a situação que deu origem aos autos é suscetível de impactar com diversas matérias na área da saúde, pelo que incumbirá à ERS averiguar e analisar o caso com maior detalhe, para aferir se existe, efetivamente, necessidade de uma intervenção acrescida, e, se existir, aferir em que termos ela deve ser feita.

### **III.5. Do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Protocolo de Triagem de Manchester**

52. O Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2 de fevereiro de 2015, motivado pela tentativa de melhorar a qualidade dos serviços prestados nos serviços de urgência, especialmente nas situações em que se encontravam ultrapassados os tempos de espera para atendimento naqueles serviços, prevê que *“uma das formas de garantir cuidados adequados e de maior qualidade passa pela uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares que devem atuar sequencialmente ou simultaneamente consoante as situações [...] existem situações urgentes que impõem uma identificação precoce e o encaminhamento correto em tempo útil, cuja abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação e a formação do pessoal que permitam, por meios objetivos e expeditos, o apoio à decisão clínica em ambiente de urgência e a definição do papel de cada um na solução expedita de cada caso.”*
53. Note-se que o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, referido *supra* tinha já reconhecido como obrigatória *“[...] a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação.”*
54. Assim, o presente Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde vem determinar o seguinte: *“[...] reconhecida a importância para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos [...]”*;

55. Ademais, continua o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, “[...] o MTS permite identificar uma prioridade clínica com posterior alocação do doente à área de atendimento devida, podendo também ser desenhados e aplicados, na sequência da triagem, protocolos de atuação subsequente, tal como requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista à redução do tempo do episódio de urgência e dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção.”;
56. Acresce que “[...] o MTS é uma ferramenta que tem evoluído verifica[ndo-se] a necessidade de implementar a versão mais recente do MTS , fruto da ciência e das boas práticas atualmente existentes, nomeadamente no que se refere à possibilidade integração das vias verdes e de protocolos pediátricos nos serviços de urgência, entre outros [...] a sua implementação já se verifica em todos os tipos de urgência, pediátrica, ginecológica e de adultos, pelo que a sua generalização é possível e desejável e, constitui a única forma de comparabilidade entre níveis de procura e atendimento entre diferentes instituições prestadoras de cuidados de urgência.”;
57. Conclui o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde que “[...] a escala de Triagem de Manchester prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo sendo passível de ser auditada quer interna ou externamente, conforme previsto no Protocolo celebrado entre o Ministérios da Saúde e o Grupo Português de Triagem (em 12 de novembro de 2010) e a Declaração de Princípios a ele anexa.”.
58. Assim, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, em análise veio determinar o seguinte:
- [...] 1 – Em episódios de urgência com apresentação tipificada na sequência da aplicação dos fluxogramas previstos no sistema de triagem, pode ser considerada a solicitação, pelo enfermeiro da triagem, de meios complementares de diagnóstico, mediante algoritmo autorizado pela direção clínica da unidade de saúde e sustentado em NOC elaborada pela DGS, a exemplo do que acontece nas vias verdes já existentes.
- 2 – Este complemento de triagem é introduzido de forma voluntária e experimental, com duração de um ano, nas unidades que forem identificadas pelas ARS como aquelas onde se possa esperar maior benefício na redução de tempos de espera.

3 – Os algoritmos referidos no número um são sujeitos a avaliação trimestral, nomeadamente nos resultados obtidos na redução dos tempos de espera e permanência no serviço de urgência, segurança clínica e satisfação dos utentes.

4 – Compete à Direção Geral da Saúde (DGS) fazer a avaliação dos relatórios, determinar as medidas corretivas que considere pertinentes zelar pela sua implementação.

5 – Todos os SU devem assegurar, até 30 de setembro de cada ano, que usam a versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester.

6 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, no ano de 2015, todos os SU que à data do presente despacho não tenham ainda implementado o Sistema de Triagem de Manchester devem proceder à sua implementação até 31 de dezembro de 2015.

7 – Todos os SU com o Sistema de Triagem de Manchester devem implementar auditorias internas mensais, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços, nos termos previstos no Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e a declaração de princípios a ele anexa.

8 – Todos os SU com Sistema de Triagem de Manchester devem, pelo menos anualmente, ser alvo de auditoria externa, sendo os resultados comunicados aos conselhos de administração das respetivas unidades de saúde, ao Ministério da Saúde, à DGS e às Administrações Regionais de Saúde.

9 – A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), deve colaborar com os SU para garantia dos números 5 e 6 do presente despacho, com vista à máxima integração de registos clínicos em ambiente hospitalar.

10 – O licenciamento necessário ao uso do Sistema de Triagem de Manchester é assegurado pelas entidades hospitalares, devendo a SPMS organizar um processo de agregação de necessidades e compra centralizada com vista à minimização do seu custo. [...] – cfr. Despacho 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

### **III.6.3 Do Protocolo de Triagem de Manchester**

59. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico<sup>2</sup>,

---

<sup>2</sup> Sobre este assunto ver <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

“[...] o *Protocolo de Triagem de Manchester* foi implementado com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência com vista à criação de normas de triagem.[...]”.

*Em termos gerais, um método de triagem pode tentar fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada apenas na identificação de problemas.*

*Uma vez identificados os temas de triagem comuns foi possível rapidamente chegar a acordo quanto a um novo sistema de nomenclatura e de definição. A cada uma das novas categorias foi atribuído um número, uma cor e um nome, sendo cada uma delas definida em termos de tempo-alvo aceitável até ao primeiro contacto com o médico de serviço. Conseguiu-se um consenso em torno da seguinte escala de triagem:*

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	<i>Emergente</i>	<i>Vermelho</i>	0
2	<i>Muito urgente</i>	<i>Laranja</i>	10
3	<i>Urgente</i>	<i>Amarelo</i>	60
4	<i>Pouco urgente</i>	<i>Verde</i>	120
5	<i>Não urgente</i>	<i>Azul</i>	240

*Deverá ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o Serviço de Urgência, de que são exemplos os doentes admitidos para transplante, para técnicas programadas, etc. Nestes casos, deve ser registada a cor branca e a razão da sua atribuição. [...]*

#### **III.6.4. Da Norma 002/2015, de 6 de março de 2015, da Direção Geral da Saúde**

60. De acordo com as medidas implementadas, durante o período da gripe em Portugal, a Direção Geral da Saúde emitiu a seguinte Norma:

- 1. Todos os serviços de urgência devem ter o sistema de triagem de Manchester, atualizado na versão 2, em funcionamento até 31 de dezembro de 2015.*
- 2. Todos os serviços de urgência devem atualizar anualmente, até 30 de setembro, o sistema de triagem de Manchester, para a última versão em vigor,*

*publicada pela Direção-Geral da Saúde para esse ano, após ser notificada pelo Grupo Português de Triagem até 31 de agosto.*

*3. Todos os hospitais e serviços de urgência devem implementar e ter em funcionamento até 31 de dezembro de 2015 os seguintes Normativos definidos pela Direção-Geral da Saúde:*

- a. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado<sup>1</sup>;*
- b. Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis<sup>2</sup>.*

*4. No momento da triagem de Manchester, devem ser implementados os seguintes algoritmos:*

- a. Eletrocardiografia simples de 12 derivações, nas situações de dor torácica;*
- b. Radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional, valorizando a avaliação da intensidade da dor, conforme Circular Normativa n.º 09/DGCG<sup>3</sup>.*

*5. O algoritmo previsto no ponto 4b) deve contemplar as incidências a considerar na realização da radiografia simples, previamente acordadas com a especialidade de ortopedia do respetivo hospital até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral de Saúde e Ordem dos Médicos.*

*6. O Diretor do Serviço de Urgência, até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral de Saúde e Ordem dos Médicos, é responsável por criar e atualizar o regulamento de encaminhamento interno dos doentes, a ser utilizado após a triagem de Manchester, no qual deverá incluir obrigatoriamente as seguintes situações clínicas:*

- a. Feridas incisas ou contusas (após penso compressivo efetuado na triagem);*
- b. Feridas infetadas e/ou abscessos;*
- c. Queimaduras (doentes não emergentes);*
- d. Amputação traumática das extremidades;*
- e. Dor muscular aguda pós esforço;*
- f. Lombalgia intensa;*
- g. Lesões articulares traumáticas;*

---

<sup>1</sup> Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010

<sup>2</sup> Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO de 06/01/2010

<sup>3</sup> Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003

*h. Traumatismo evidente dos membros (de acordo com algoritmo do monotrauma previsto em 4b).*

*i. Suspeita de corpo estranho ocular;*

*j. “Olho vermelho”;*

*k. Alteração súbita da acuidade visual;*

*l. Derrames hemáticos oculares;*

*m. Traumatismo isolado do globo ocular;*

*n. Disfagia por sensação de corpo estranho;*

*o. Diminuição aguda da acuidade auditiva, otalgia ou otorragia não traumática;*

*p. Epistaxes;*

*q. Traumatismo crânio-encefálico ;*

*r. Traumatismo torácico ou abdominal;*

*s. Hemorragia digestiva;*

*t. Dor abdominal;*

*u. Patologia ano-rectal;*

*v. Hemorragia vaginal;*

*w. Dor testicular aguda;*

*x. Traumatismo da face;*

*y. Celulite da face e/ou região cervical;*

*z. Hemorragia não controlada pós extração dentária;*

*aa. Ideação de auto e/ou heteroagressão;*

*bb. Ideação suicida;*

*cc. Doentes com mandado de condução emitido pelas entidades judiciais.*

*7. Outros algoritmos a serem implementados na sequência da triagem de Manchester, como sejam os da abordagem da criança em situação de urgência, são autorizados pelo Diretor do Serviço de Urgência e validados pelo Diretor Clínico, até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral e Saúde e Ordem dos Médicos.*

8. Os algoritmos, mencionados nos pontos 3., 4. e 7., bem como o regulamento de encaminhamento interno, previsto no ponto 6., devem ser avaliados trimestralmente pelo Diretor do Serviço de Urgência, com reporte ao Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança.<sup>4</sup>

9. As comissões da qualidade e segurança integram no relatório anual de atividades, submetido à Direção-Geral da Saúde, como previsto na alínea n.º 3 do Despacho n.º 3635/2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 7 de março de 2013, a avaliação trimestral realizada, bem como as medidas corretoras implementadas, posteriormente analisadas conjuntamente com a Ordem dos Médicos.

10. As Administrações Regionais de Saúde devem identificar, até 31 de março de 2015, os hospitais que vão implementar os pontos 3., 4., 6. e 7. da presente Norma, e disso notificar a Direção-Geral da Saúde.

11. Os serviços de urgência devem assegurar a dotação e formação da equipa de enfermagem, de modo a garantir a supervisão dos doentes urgentes após 1h de espera.

#### **III.4. Das intervenções regulatórias anteriores da ERS**

61. O Conselho de Administração da ERS deliberou no início de 2016 a abertura de um processo de monitorização registado sob o n.º PMT/001/2016, que corre termos no Departamento de Supervisão da ERS, com o intuito de avaliar o funcionamento e o cumprimento de protocolos, regras e procedimentos nos estabelecimentos da rede de serviços de urgência.

62. No âmbito desse processo de monitorização e considerando,

- (i) as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) nomeadamente 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;
- (ii) que no decurso do ano de 2015 e início de 2016, a ERS tem tido conhecimento de situações relativas ao incumprimento dos tempos-alvo preconizados pelo Sistema de Triagem de Manchester;

---

<sup>4</sup> Despacho n.º 3635/2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 7 de março de 2013

- (iii) que as normas sobre a organização e funcionamento dos serviços de urgência devem ser seguidas por todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que integram a Rede de Serviços de Urgência;
- (iv) que o ordenamento jurídico dispõe já dos instrumentos normativos relevantes e necessários, pelo que se impõe o escrupuloso cumprimento da legislação aplicável, garantindo-se a sua efetiva implementação;
- (v) que compete aos estabelecimentos da rede de serviços de urgência, a otimização, aos mais diversos níveis, da implementação de procedimentos internos, formação dos funcionários e bem assim da reorganização dos recursos humanos disponíveis em prol da maximização da eficiência;

63. Em 6 de abril de 2016, foi solicitado ao Hospital Beatriz Ângelo, que remetesse, o planeamento, estágio de implementação e calendários de implementação dos procedimentos adotados, acompanhada da respetiva documentação já existente (incluindo informação ou relatório(s) das auditorias internas e externas já realizadas) no que toca ao:

- (i) cumprimento do determinado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, cujo prazo terminou a 30 de junho de 2015, sobre a adaptação dos serviços de urgência à Rede de Serviços de Urgência;
- (ii) cumprimento do determinado pelo Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro, cujo prazo terminou a 30 de setembro de 2015, sobre a utilização da versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester;
- (iii) cumprimento do Plano de Contingência implementado, por determinação do Despacho n.º 4113 – A/2015, de 23 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que terá de ser determinado até ao dia 1 de maio (módulo de verão) e 1 de outubro (módulo de inverno) em cada ano;
- (iv) cumprimento do disposto na Norma 002/2015, de 6 de março de 2015, da Direção Geral da Saúde, atualizada em 23 de outubro de 2015;
- (v) grau de implementação das Vias Verdes em vigor.

64. Em 19 de abril de 2016, o prestador veio, em resposta a tal solicitação, prestar a seguinte informação:

*“[...] O Hospital Beatriz Ângelo possui uma Urgência Médico-Cirúrgica, desde a sua abertura, constituída por três unidades distintas - Urgência Geral de Adultos, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.*”

*[...] tem bem definidos todos os procedimentos internos, de forma a otimizar os recursos disponíveis, assim como protocolos e regras de atuação. [...]*

*A entidade gestora cumpre a legislação [...];*

*O Serviço de Urgência está integrado na rede de serviços de urgência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com capacidade de resposta dentro do nível de responsabilidade hospitalar previsto e de acordo com o perfil assistencial definido no Contrato de Gestão.*

*O Serviço de Urgência do HBA tem implementada (nas suas três unidades) a versão 2 do Sistema de Triagem de Manchester, sendo auditado de forma regular pelo Grupo Português de Triagem e tendo atingido 100% de conformidade na última auditoria realizada (relatório em anexo).*

*As Vias Verdes (AVC, Sépsis e Trauma) estão devidamente definidas em documentação própria e implementadas no serviço de urgência.*

*A Via Verde Coronária encontra-se em revisão, no âmbito de aplicação da política de gestão documental do Hospital Beatriz Ângelo, pelo que não se envia.*

*Estão garantidas a continuidade e integração de cuidados referentes às vias verdes a partir do sistema pré-hospitalar, sendo o seu processo de encaminhamento iniciado a partir da triagem. O sistema de informação encontra-se parametrizado com campos específicos para ativação dos protocolos e registos referentes às vias verdes (em anexo).*

*O Plano de Contingência de Temperaturas Extremas Adversas (módulo de verão e de inverno) está definido em documento próprio, implementado e divulgado, com medidas e orientações adequadas para fazer face aos efeitos negativos das temperaturas extremas adversas (em anexo).*

*Relativamente ao disposto no Despacho n.º 10319/2014, o Serviço de Urgência, o Hospital Beatriz Ângelo dá cumprimento ao seu articulado aplicável aos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica, designadamente o disposto nos seus artigos 4.º, 10.º, 12.º, 13.º, 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 21.º e 22.º.*

*Com referência à Norma da Direção Geral da Saúde n.º 002/2015, de 06/03/2015, atualizada a 23/10/2015, as suas disposições são cumpridas pelo Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo. [...]"*

### III.4. Análise da situação concreta

65. Face à situação em causa nos presentes autos importa, por um lado, avaliar os constrangimentos verificados no atendimento dos concretos utentes e, por outro, averiguar do funcionamento e do cumprimento de protocolos, regras e procedimentos no serviço de urgência do HBA, por forma a evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.
66. Assim, a atuação da ERS sobre as situações em causa estará delimitada às suas atribuições e competências, designadamente no que toca a “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.
67. Por conseguinte, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de assegurar de forma permanente, efetiva e em tempo útil a prestação de cuidados de saúde que se apresentem como adequados à satisfação das necessidades dos utentes.
68. Assim, não se procederá a uma avaliação clínica quanto aos concretos cuidados de saúde aplicados, por se tratar de matéria que não se insere no âmbito de atribuições e competências desta Entidade Reguladora.

#### A) Da situação da utente MS

69. Quanto à situação da utente MS, e nos termos do parecer do consultor da ERS, a situação [...] *diz respeito à abordagem sucessiva da grávida. Os registos clínicos enviados são adequados e claros. A “legis artis” parecem ter sido cumpridas. [...]*

#### B) Da situação do utente ML

70. Já no que respeita ao utente ML, da análise dos elementos carreados para os autos, resulta que o utente foi triado:
- *Queixa de apresentação: Síncope após levante p/ ir ao WC. Refere toracalgia que agrava ao toque e náuseas. AP: epilepsia*
  - *Duração da queixa: 1 hora*
  - *Quadro de sintomas: Estado de inconsciência/síncope;*
  - *Prioridade atribuída: Urgente*

- *Discriminador: História de T.C.E [traumatismo craneo-encefálico];*
- *Pressão sistólica: 145;*
- *Pressão Diastólica: 90;*
- *Frequência Cardíaca: 71;*
- *Frequência Respiratória: 14;*
- *Temperatura: 36.80;*
- *Glicémia: 243;*
- *Escala de Dor: 6;*
- *Escala de Glasgow 14;*
- *Escala de MEWS: 0;*

71. De acordo com a informação do prestador, não foi ativada a Via Verde Coronária por o utente não cumprir com os critérios de ativação de Via Verde coronária, que recorde-se são os seguintes:

[...] a) *Critérios de ativação pelo enfermeiro triador:*

- *Dor retroesternal ou Desconforto torácico típico, definido como constrição ou peso no centro do peito, podendo irradiar para os membros superiores ou para a mandíbula. Poderá estar associado a suores, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica;*
- *Desconforto torácico não típico, com sinais de instabilidade hemodinâmica;*
- *Equivalente anginoso (desconforto torácico não típico ou mal estar inespecífico em doente diabético) e com sinais de instabilidade hemodinâmica.*

72. Refira-se, no entanto, que nos termos do mesmo procedimento, o enfermeiro triador deve fazer pedido de ECG na Triagem (para além das Vias Verdes), sempre que exista:

[...]

- *Desconforto torácico anterior que persiste no momento da triagem (extensível à região epigástrica), não traumático e não enquadrável em patologia respiratória facilmente identificável (ex. febre ou tosse);*
- *Síncope [...];*

73. Situação essa que o utente apresentava, uma vez que, o quadro de sintomas se refere a “Estado de inconsciência /síncope [...];

74. Não obstante o ECG não foi efetuado.
75. Note-se que a exponente MSL refere que “[...] [A] médica [...] limitou-[se] a pedir um electrocardiograma que só poderia ser feito depois das 9 pois nenhum técnico estava de serviço. [...]”;
76. Acrescentando que “[...] A Dr<sup>a</sup> [VS] quando o auscultou, correu pelo corredor a procurar um aparelho de ECG, ligou tudo a pressa e mal olhou gritou “ Sr. enfermeiro, SO rápido, rápido”.
77. Com efeito, a realização de ECG, deveria ter sido realizada em momento imediatamente posterior à triagem, o que não aconteceu;
78. Acresce que, o utente foi triado com pulseira amarela, que, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester (STM), em vigor naquela unidade de saúde, implica um tempo-alvo de 60 minutos, entre a triagem e a 1.<sup>a</sup> observação médica;
79. Não obstante, o utente aguardou cerca de 3h45 minutos para ser observado pelo médico de serviço.
80. Do que tem vindo a ser descrito, conclui-se que, no dia em causa e na situação em análise, os procedimentos relativos à triagem e subsequente atendimento médico não terão sido corretamente seguidos.
81. Por um lado, não foi realizado o ECG, nos termos do procedimento interno em vigor;
82. Por outro lado, o utente não foi atendido no tempo-alvo, nos termos do STM, nem foi sujeito a qualquer re-triagem ou monitorização naquele decurso de tempo;
83. Pelo exposto, constata-se que os procedimentos empregues pelo HBA relativamente à situação concreta ora analisada, não se revelaram suficientes à cautela dos direitos e interesses legítimos do utente;
84. Na medida em que o prestador não acautelou o devido acompanhamento do utente, de modo a que este fosse tratado com correção técnica e em tempo útil.
85. Com efeito, recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados, que implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, de normas de acreditação e certificação, é, indubitavelmente, uma garantia de um acesso aos cuidados qualitativamente necessários e adequados;
86. Sendo esta vertente um preocupação amplamente reconhecida e incorporada nas boas práticas clínicas, bem como nas mais diversas orientações emitidas pelas entidades competentes.

87. Na medida em que a existência e conhecimento de procedimentos é uma garantia de qualidade da prestação de cuidados de saúde, que previne a ocorrência de erros por parte dos diversos profissionais envolvidos, promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
88. Certo é que, nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos, nas mais diversas áreas de intervenção, sem que se garanta, paralelamente, que os mesmos são efetivamente aplicados, em todos os momentos e em todas as dimensões da atuação dos prestadores, nos cuidados que prestam aos utentes.
89. Devendo ser garantido que todos os seus profissionais adequam a sua conduta aos procedimentos em vigor naquela unidade de saúde, independentemente de quaisquer (eventuais) vicissitudes de organização e articulação dos profissionais;
90. Pois não será de modo algum admissível que cuidados de saúde com diagnóstico equivalente, obtenham resposta distinta, motivada por variáveis não relacionadas com razões de ordem clínica.
91. Por outro lado, considerando que na resposta do prestador de 19 de abril de 2016, no âmbito do processo de monitorização registado sob o n.º PMT/001/2016, foi referido que *“A Via Verde Coronária encontra-se em revisão, no âmbito de aplicação da política de gestão documental do Hospital Beatriz Ângelo, pelo que não se envia”*;
92. Importa igualmente solicitar informação, devidamente documentada, sobre o estado de implementação da referida Via Verde Coronária.
93. Em face de todo o exposto, importa garantir a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, por forma a assegurar o respeito dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, particularmente no que concerne à necessidade da sua permanente monitorização no âmbito de episódios de urgência;
94. Dessa forma procurando-se evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.

#### **IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS**

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

deliberação da ERS, as reclamantes MSL e MS<sup>5</sup> e a Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. – Hospital Beatriz Ângelo.

96. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, até ao momento presente a ERS, não recebeu qualquer comunicação quer do prestador<sup>6</sup>, quer da reclamante MSL.
97. Considerando o exposto, não resultaram quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, razão pela qual se propõe a sua manutenção na íntegra.

## V. DECISÃO

98. Tudo visto e ponderado, e não tendo sido garantida uma prestação de cuidados de saúde de qualidade e em segurança, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. – Hospital Beatriz Ângelo, no sentido de dever:

- a) Assegurar a existência de procedimentos, atinentes ao serviço de urgência, aptos a garantir, de forma permanente, efetiva e em tempo útil, a prestação de cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes;
- b) Implementar procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados, de forma consentânea com a verificação de eventuais alterações do seu estado de saúde, que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas;
- c) Assegurar em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, o respeito dos procedimentos internos instituídos para garantia do cumprimento das regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes e/ou emergentes;
- d) Prestar informação, acompanhada da devida documentação de suporte, do estado de implementação da Via Verde Coronária;

---

<sup>5</sup> As tentativas de notificação da utente MS, em 2, 17 e 23 de março de 2017 revelaram-se infrutíferas.

<sup>6</sup> Não obstante o deferimento pela ERS dos pedidos de prorrogação do prazo de pronúncia apresentados.

e) 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.

99. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1000,00 a € 44 891,81, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”;

Porto, 3 de maio de 2017.

O Conselho de Administração