

**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/068/2016;

**I. DO PROCESSO**

**I.1. Origem do processo**

**I.1.1 Da reclamação subscrita por MM**

1. A ERS tomou conhecimento de duas reclamações subscritas por MM, em 18 de março de 2016, visando o Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães (HSOG), entidade

registada no SRER da ERS sob o n.º 18000, referindo em suma que a utente C.S., aguardou cerca de 9 horas no serviço de urgência (SU) sem qualquer assistência, tendo sido transferida para o Hospital de Braga com suspeita de rutura de aneurisma, bem como que durante a permanência da utente no SU, a utente não teve direito a acompanhamento.

2. As queixas subscritas por MM foram, inicialmente, tratadas no âmbito dos processos de reclamação registados sob o n.º REC/31292/2016 e REC/17082/2016.
3. Subsequentemente, considerando a necessidade de carrear outros elementos de análise para os autos, foi aberto o processo de avaliação registado sob o n.º AV/110/2016.
4. Ponderados os factos apurados, considerou-se necessário averiguar com maior profundidade se a atuação do prestador se encontra em conformidade com o prescrito nas regras e orientações relativas aos cuidados hospitalares urgentes, por forma a garantir que os procedimentos por si adotados são aptos a assegurar o acesso aos cuidados de saúde de qualidade, adequados e em tempo útil, bem como se se encontrava a cumprir o determinado pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março, designadamente em matéria do direito à informação e do direito ao acompanhamento;
5. Pelo que, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 6 de outubro de 2016, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/068/2016.

#### **I.1.2 Da notícia sobre o utente JR**

6. Ainda, em 22 de novembro de 2016, a ERS tomou conhecimento de uma notícia divulgada pelos meios de comunicação social, dando conta de uma situação ocorrida no HSOG, relatando que o utente JR morreu três horas depois de ter sido observado e ter tido alta do serviço de urgência daquela unidade.
7. Após as diligências tidas por necessárias em sede de processo de avaliação registado sob o n.º AV/181/2016, constatou-se que o utente JR tinha sido vítima de um atropelamento, e que de acordo com o resultado da autópsia tinha várias fraturas que não foram diagnosticadas no SU, não tendo também sido ativada a VV Trauma, apesar de existirem critérios para a sua ativação.

8. Pelo que, atenta a similitude de matérias, foi o referido processo de avaliação apensado ao processo de inquérito ERS/068/2016, para avaliação e análise conjunta da situação em causa.

### **I.1.3 Da reclamação subscrita por JAL**

9. Subsequentemente, em 10 de janeiro de 2017 ERS tomou também conhecimento de uma reclamação subscrita por JAL, em 23 de dezembro de 2016, visando o HSOG a qual em suma refere que a utente MP, aguardou cerca de 4 horas no serviço de urgência (SU) sem ter sido observada por um clínico, bem como que alegadamente os seus acompanhantes terão sido impedidos de permanecer junto da mesma sem que tenha havido informação sobre as razões para tal impedimento.
10. A queixa subscrita por JAL foi, inicialmente, tratada na ERS, no âmbito do processo de reclamação registado sob o n.º REC/2055/2017.
11. Considerando o ali exposto, e atenta a similitude de matérias foi também aquele processo de reclamação apensado ao processo de inquérito ERS/068/2016, para avaliação e análise conjunta da situação em causa.

## **I.2 Diligências**

12. 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 o Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães (HSOG), com o NICPC 508080827, é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, registada sob o n.º 18000, detentor de um estabelecimento sito na Rua dos Cutileiros – Creixomil 4835 – 044 Guimarães.

### **a) Processo de avaliação AV/110/2016**

- (ii) Pedido de elementos ao HSOG em 19 de julho de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 1 de agosto de 2016;
- (iii) Pedido de parecer técnico a perito médico consultado pela ERS e respetivo relatório de apreciação clínica em 18 de agosto de 2016;

(iv) Notificação de abertura de processo de inquérito ao exponente em 18 de outubro de 2016;

(v) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos ao HSOG em 18 de outubro de 2016 e análise da respetiva resposta rececionada em 2 de janeiro de 2017;

(vi) Novo pedido de parecer técnico a perito médico consultado pela ERS e respetiva adenda ao relatório de apreciação clínica em 18 de fevereiro de 2017.

#### **b) Processo de avaliação AV/181/2016**

(vii) Pedido de elementos ao HSOG, em 22 de novembro de 2016 e a 9 de março de 2017, e análise das respetivas respostas;

(viii) Pedido de parecer técnico a perito médico consultado pela ERS e respetivo relatório de apreciação clínica em 25 de julho de 2017;

#### **c) Processo de reclamação REC/2055/2017**

(ix) Pedido de elementos ao HSOG em 20 de junho de 2017 e análise da respetiva resposta rececionada em 10 de julho de 2017;

(x) Pedido de parecer técnico a perito médico consultado pela ERS e respetivo relatório de apreciação clínica em 25 de julho de 2017.

## **II. DOS FACTOS**

### **II.1. Do processo de avaliação AV/110/2016**

#### **II.1.1 Da reclamação de MM e da resposta do prestador em sede de processo de reclamação**

13. Em suma refere a exponente, na sua reclamação, o seguinte:

*“[...] Deu entrada no serviço de urgência no Hospital de Guimarães pelas 10h00, no dia 10/03/2016, acompanhando a sua mãe à triagem, em consequência das progressivas e continuadas fortes dores de cabeça, náuseas e vômitos, confusão mental e indícios de desfaecimento manifestados. Em seguida a reclamante foi conduzida com a sua mãe, para a sala de espera interna de atendimento médico. Aí*

*permaneceu durante 9 horas, sem qualquer vigilância ou assistência médica. Face ao progressivo agravamento dos sintomas manifestados pela sua mãe a reclamante insistiu reiteradas vezes, que a mesma fosse atendida por um médico. A reclamante não obteve qualquer resposta positiva do hospital. Depois da desesperada insistência de que a sua mãe fosse assistida, face ao progressivo agravamento das dores de cabeça e desfalecimento, quando foi assistida após 9 horas de espera, após o exame clínico efetuado foi transferida em estado muito crítico, já sem sentidos com diagnóstico de rutura de um aneurisma cerebral, para o Hospital de Braga. Defende-se que medicamente assistida, em tempo útil, o que não sucedeu em resultado da realização de uma triagem clínica inócua, o atual quadro clínico da utente teria sido evitado. [...]"*

14. No mesmo dia, 18 de março de 2016, a reclamante subscreveu ainda outra reclamação, em que refere o seguinte:

*[...] Permanecendo a reclamante com a sua Mãe na sala de espera interna, o segurança ordenou a sua imediata saída da sala de espera interna. A reclamante informou o segurança reiteradas vezes até à exaustão que a sua Mãe precisava de estar acompanhada devido ao seu estado grave. [...] O segurança ordenou que “a senhora não pode estar aqui. [...]”.*

15. Em resposta à reclamação veio o prestador esclarecer o seguinte:

*“[...] [A utente] recorreu ao Serviço de Urgência no dia 10/03/2016 e a cor atribuída foi de acordo com a sintomatologia apresentada ”cefaleias há mais de dois dias sem ter feito qualquer tipo de medicação para o efeito e vômitos. ECG-15”.*

*A doente foi orientada para uma área de macas pelo seu estado de dependência parcial já conhecido.*

*Nesta área ocorre um elevado número de utentes com prioridade amarela e neste dia particular houve um aumento dessa afluência, que fez com que se prolongasse o tempo para a primeira observação da utente em questão.*

*Importa esclarecer [...] que apesar de não constarem registos, só pelo facto de estar numa sala onde estão médicos e enfermeiros esta garantida uma vigilância constante dos utentes.*

*Quando da primeira observação médica, como consta dos registos “doente prostrada, pouco reativa, dirige o olhar discurso pobre e incoerente. Pupilas isocóricas e fotorreativas, braços estendidos, sem alterações”, corresponderia a ECG 14 (O4V4M6)” pelo que podemos perceber que a doente embora prostrada pouco*

*teria deteriorado o seu estado neurológico relativamente à admissão, dificultando dessa forma a avaliação que poderia implicar a sua retriagem.*

*Verifica-se que só mais tarde e já depois de estar a ser observada e orientada pelo médico é que a doente apresenta sinais de degradação do seu estado neurológico mais acentuados.*

*Após a primeira observação médica, a doente teve a orientação devida, realizando os exames complementares de diagnóstico e sendo orientada para o hospital de Braga aos cuidados de neurologia, como sempre acontece nestas situações.*

*Relativamente ao facto de não ter sido possível manter-se ao lado de sua mãe, cumpre-me esclarecer que atendendo às condições físicas do nosso serviço de urgência e por determinação do Conselho de Administração existe uma orientação relativamente aos acompanhantes que determina a sua presença apenas por períodos junto do familiar doente, pelo que o vigilante apenas fez cumprir essa mesma orientação. [...]"*

16. Por sua vez, em relação à REC/17082/2016, veio o prestador dizer o seguinte:

*"[...] Constatamos que a triagem não autorizou, naquele momento a entrada da [reclamante] no interior do SU. Está de facto legalmente previsto o acompanhamento dos doentes [...] no entanto, sempre que comprometa as condições e requisitos técnicos para a prestação de cuidados de saúde com segurança, é solicitado aos acompanhantes que aguardem na sala de espera, sendo chamados sempre que necessários. Estas situações ocorrem, sobretudo quando há elevada afluência de doentes, sendo que a nossa preocupação a prestação de cuidados de forma responsável. [...]"*

## **II.1.2 Dos pedidos de informação ao HSOG**

17. Considerando a necessidade de obtenção de informação adicional para a análise mais aprofundada da situação, foi solicitado em 19 de julho de 2016 ao HSOG 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 da utente (nome completo, número de utente), e cópia do relatório do episódio de urgência da utente (Alert), em 10 de março de 2016;*

3. *Confirmação de que a situação foi enquadrada em sede da Via Verde AVC, ou, em caso negativo, indicação da(s) raz(ões) para que tal não tenha sucedido;*

4. *Envio de cópia, acompanhada de todos os elementos documentais necessários e relevantes à análise do caso concreto, do relatório de transferência para o Hospital de Braga, em 10 de março de 2016;*

5. *Cópia do regulamento interno e/ou de outros procedimentos internos em vigor, especificamente no que se refere ao direito de acompanhamento no serviço de urgência;*

6. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]*

18. Por ofício de 1 de agosto de 2016, o HSOG veio aos autos informar que:

*[...]*

8. *Sobre este assunto, de referir que a condição clínica da utente C.S., foi objeto de Triagem de prioridades pelas 10:07, tendo sido escolhido o fluxograma "Cefaleias", o primeiro discriminador positivo encontrado foi "vómitos", e atribuída a prioridade verde.*

9. *Dado estado de dependência demonstrado pela paciente, considerou-se no momento e circunstâncias que esta não tinha critérios para inclusão na área de verdes/azuis, tendo sido a mesma alocada à área de macas para observação, por clínica geral.*

10. *Sobre a Via Verde AVC e sua ativação, de referir que não existiu registo de ativação de via verde, porquanto as queixas que normalmente fazem supor a possível existência de um AVC em evolução e os critérios de ativação da Via Verde do AVC são por um lado (i) a existência de uma alteração neurológica recente (a tríade clássica é boca ao lado, falta de força no braço e dificuldade em falar), e isto (ii) com poucas horas de evolução desde a última vez que o paciente foi visto assintomático.*

11. *Como é consabido ainda, os sinais de alerta para AVC e ativação da VV AVC são habitualmente a instalação súbita, espontânea e sem recuperação, há mais de 3 horas de:*

*i. Diminuição força muscular e/ou parestesias (uni ou bilateralmente) da face e /ou dos membros;*

*ii. Desvio da comissura labial;*

*iii. Confusão mental;*

*iv. Afasia/disartria/incapacidade compreensão;*

*v. Perda de visão total ou parcial e/ou diplopia;*

*vi. Vertigem / ataxia/desequilíbrio;*

*vii. Qualquer outro sinal ou sintoma neurológico que suscite dúvida.*

*12. No caso em análise, nenhum destes sinais resultou documentado na altura da triagem inicial.*

*13. Na realidade, existe apenas registo de cefaleias (nos registos clínicos posteriores é feita referência a quadro de cefaleias com 2 dias de evolução), ECG 15, tax-36°C, tendo sido esse o principal motivo e circunstancialismo pelo(s) qual(is) não foi ativada a Via Verde do AVC.*

*14. Reforçando-se a convicção que, salvo melhor opinião, inexistiam indicadores e/ou evidências que contribuíssem para a ativação da Via Verde do AVC, nesta situação concreta e tal qual se apresentava.*

[...]

*15. Para efeito [de resposta à questão relativa à transferência para o Hospital de Braga], junto enviamos:*

*a. Cópia do registo clínico do episódio de 10/3 (adiante junto sob o n.º 1 para todos os devidos efeitos);*

*b. Cópia do fluxograma da Triagem de Manchester "cefaleias" com identificação dos discriminadores (adiante junto sob o n.º 2, para todos os devidos efeitos);*

*c. Cópia da carta de transferência para o Hospital de Braga (adiante junto sob o n.º 3, para todos os devidos efeitos);*

*d. Cópia de relatório da TAC CE, (adiante junto sob o n.º 4, para todos os devidos efeitos);*

*16. Para cabal esclarecimento, anexa-se ainda cópia da requisição de transporte, datada de dia 10/03/2016 (adiante junto sob o n.º 5, para todos os devidos efeitos), e esclarece-se que de acordo com os registos de controlo de requisições de transportes dos serviços administrativos do SU, se conclui que o transporte foi assegurado pelo INEM, em ambulância especial dotada de recurso médico, e enfermeiro.*

[...]

17. *Para efeito [de resposta à questão relativa direito de acompanhamento no serviço de urgência], junto enviamos o Regulamento do Serviço de Urgência do HSOG (adiante junto sob o n.º 6, para todos os devidos efeitos);*

18. *Chamando-se desde já a atenção para o disposto no artigo 25º deste Regulamento, que dispõe sobre o regime dos acompanhantes no Serviço de Urgência;*

19. *Bem como a Norma sobre a identificação dos acompanhantes no Serviço de Urgência (adiante junto sob o n.º 7, para todos os devidos efeitos).*

[...]

20. *Finalmente, [...] refira-se o que foi já respondido pelo Gabinete do Utente, (adiante junto sob o n.º 8, para todos os devidos efeitos), e que em suma síntese foi o seguinte:*

a. *Na triagem foram aplicados os protocolos que se reputam adequados à sintomatologia apresentada, à data;*

b. *Que a aparente demora no atendimento pode ser explicada/mitigada pelo aumento de afluência;*

c. *Que a vigilância aos utentes, na área onde foi colocada a paciente, afigura-se constante, como os profissionais melhor atestarão;*

d. *Que o próprio estado da utente, à altura da admissão, obstava a que qualquer avaliação posterior pudesse facilmente perceber qualquer deterioração do estado neurológico, o que se deve ao quadro clínico complexo já instalado na utente;*

e. *Que quanto ao acompanhamento clínico - sem prejuízo do cumprimento das orientações de V. Exas. sobre o tema à data dos factos foram cumpridas todas as orientações em vigor e tidas como conformes à Lei e aos regulamentos.*

21. *Sem prejuízo do que vimos de referir, anexa-se ainda um ficheiro em Excel com 2 listas de admissões no dia da ocorrência, uma com o Total da Urgência Geral, e outra em que o 1º atendimento foi feito por um Clínico Geral (Triagem Médica), adiante juntas sob o n.º 9, para todos os devidos efeitos.*

22. *Isto, comprovando que o HSOG cumpriu todos os protocolos e melhores práticas na admissão e tratamento da utente C.S., dispensando os melhores cuidados de saúde possíveis, dentro de um quadro que se revelava já, em si mesmo, complexo e, por isso mesmo, de diagnóstico difícil.*

*II - Em conclusão*

*Afigura-se-nos que, perante o descrito, certamente concluirão V.s Ex.as que foram desencadeados todos os protocolos adequados, e tomados(as) todas as providências necessárias para a prestação dos melhores cuidados de saúde à utente, atentas as limitações de meios, recursos e do próprio quadro clínico apresentado pela utente já na admissão, o que não pode ser assacado de forma alguma à instituição e/ou aos seus profissionais.[...]*”

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

a) cópia do relatório de urgência referente ao dia 10 de março de 2016, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

i) a utente foi triada no dia 10 e março de 2016, pelas 10h07m;

ii) foi utilizado o fluxograma da cefaleia com o discriminador vómitos;

iii) foi atribuída a pulseira verde, pouco urgente, que nos termos da triagem de Manchester tem um tempo-alvo para 1ª observação de 120 minutos;

iv) a utente foi observada por médico de clínica geral, pelas 17h56m, cerca de 7 horas após a triagem;

v) existe novo registo de nova observação pelas 18h27, com informação relativa a medição de tensão “TA 190/97mm hg e SAT 90%”;

vi) pelas 22h03m, a utente é observada por medicina interna que após análise da TAC-CE - entretanto realizada – transfere a utente para o Hospital de Braga;

b) cópia do fluxograma de cefaleia;

c) cópia da nota de alta da urgência e transferência da utente para o Hospital de Braga;

d) cópia do relatório da TAC- CE;

e) cópia do Regulamento interno do serviço de urgência, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever o artigo 25º:

i) “[...] **Artigo 25.º**

***Acompanhantes no Serviço de Urgência***

*1. Todos os doentes têm direito a ser acompanhados por uma pessoa por si indicada, de acordo com a legislação em vigor.*

*2. As adequações da legislação à realidade do HSOG estão descritas na norma "Identificação dos Acompanhantes no Serviço de Urgência" (0592\_Nor\_PFR) [...]*”

ii) quanto à norma 0592\_Nor\_PFR, junta aos autos, prevê o seguinte.

*“[...] 6.4. Sempre que seja necessário por motivo de prestação de cuidados pode ser solicitado ao acompanhante que se retire do interior do SU.*

*6.5. No caso de regresso do acompanhante ao SU, este deve dirigir-se ao profissional do Posto Administrativo.*

*Durante o período diurno (09h-22h), confirma a presença do utente no SU sem acompanhamento e procede à sua identificação.*

*Durante o período noturno (22h-09h), após confirmar a presença do utente no SU procede à sua identificação e encaminha para o elemento da segurança. O elemento da segurança é responsável por assegurar a presença de um acompanhante junto do utente.*

*6.6. Em casos excecionais, como a sobrelotação e falta de condições de segurança para a prestação de cuidados no SU, pode o Chefe de Equipa, ou na sua ausência, o Enf. responsável de turno ou outro profissional mandatado para tal, decidir pelo não acompanhamento dos utentes tendo em vista a qualidade dos cuidados prestados e as condições de segurança para profissionais e utentes. [...]”;*

*f) cópia dos tempos médios de admissão ao serviço de urgência, que refere que no dia em causa foram atendidas 303 pessoas no SU.*

20. Considerando, ainda que os elementos carreados para os autos não eram suficientes para a formulação de um juízo sobre a situação concreta, foi enviado em 18 de outubro de 2016, novo pedido de esclarecimentos ao prestador, nos seguintes termos:

*“[...]*

*1. Informem, com envio de todos os elementos documentais e factuais de que disponham, se a utente foi sujeita a monitorização e retriagem após a ultrapassagem do tempo-alvo de 120 minutos, e no decurso do episódio de urgência;*

*2. Remetam cópia dos procedimentos em vigor nessa unidade para fazer face a eventuais picos de afluência dos utentes no serviço de urgência;*

*3. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

21. Em 2 de janeiro de 2017, o prestador veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

*[...]*

1. *Para efeitos da presente notificação, damos desde já por integralmente reproduzida e integrada a informação e esclarecimentos sobre o episódio assistencial de C.S. anteriormente remetida,*
2. *Posto isto, concretamente sobre se a utente foi sujeita a monitorização e retriagem após ultrapassagem do tempo-alvo de 120 minutos, e no decurso do episódio de urgência, de referir adicionalmente o seguinte;*
3. *Conforme resulta dos registos clínicos disponíveis e já juntos, a utente foi inicialmente alvo de triagem e foi classificada em conformidade com a observação e critérios clínicos aplicáveis;*
4. *No que tange à resposta sobre se a utente foi alvo de monitorização, tendo como ponto de partida a definição constante do Portal da Codificação, de informar que a monitorização (contínua, portanto) não está prevista para utentes triados e classificados como verdes no sistema de Manchester (como sucedeu com a utente C.S.);*
5. *Sem prejuízo do rigor da definição anterior, mais cumpre esclarecer e informar que a utente foi sujeita a vigilância designadamente no que tange aos sinais vitais, não tendo resultado (i) da triagem e classificação originais, e/ou (ii) da evolução e vigilância subseqüentes qualquer circunstância que motivasse ativação de procedimento de retriagem.*
6. *Tais procedimentos de vigilância não carecem, nem foram, registados, podendo ser atestados e melhor indicados pelos respetivos profissionais.*
7. *Reitera-se que no caso da utente C.S. existe apenas registo de cefaleias (nos registos clínicos posteriores é feita referência a quadro de cefaleias com 2 dias de evolução), ECG 15, tax-36°C.*
8. *Finalmente, mais se remetem cópia dos procedimentos em vigor para fazer face a picos de afluência nos utentes dos SU. [...]"*

### **II.1.3 Do parecer técnico do perito médico consultado pela ERS**

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

*"[...] Da leitura da reclamação bem como da resposta do prestador, parece que os critérios da triagem de Manchester terão sido aplicados corretamente, o que levou a*

*que a doente fosse colocada numa área de menos grau de urgência, o que também levou a um atraso aparente na observação da mesma, facto agravado pela grande afluência de doentes ao SU, conforme demonstrado pela Instituição.*

*Acresce que o tempo decorrido entre a observação inicial da doente e a observação por especialista de Medicina Interna foi de 4 horas e alguns minutos o que me parece aceitável dentro do contexto clínico da doente, que aparentava ser pouco urgente. De referir que o quadro neurológico de base da doente não permitia, só por si, deprender da gravidade do mesmo.*

*Após o diagnóstico, os procedimentos de transferência decorreram com a brevidade necessária.*

[...]

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

*Entendo assim que, de acordo com os elementos disponibilizados, os procedimentos foram adequados. [...]* – cfr. parecer do perito médico consultado pela ERS, junto aos autos.

23. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos novos elementos trazidos ao conhecimento da ERS pela HSOG, foi solicitado novo parecer ao perito médico consultado pela ERS, o qual elaborou uma adenda ao seu relatório de apreciação inicial, referindo o seguinte:

*“[...] Na minha opinião, a informação adicional fornecida pelo prestador não adianta nada ao anteriormente referido.[...]”* - cfr. parecer do perito médico consultado pela ERS, junto aos autos.

## **II.2. Do processo de avaliação AV/181/2016**

### **II.2.1 Da notícia e da resposta do prestador ao pedido de informação da ERS**

24. Em 22 de novembro de 2016, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma notícia divulgada pelos meios de comunicação social dando conta de uma situação ocorrida no HSOG, onde alegadamente o utente JR morreu três horas depois de ter sido observado e ter tido alta do serviço de urgência, daquela unidade.

25. Em suma refere a notícia que:

*[...] um homem de 52 anos [...] morreu na madrugada de domingo, em casa, cerca de três horas após ter deixado o Hospital da Senhora da Oliveira. JR tinha sido levado pelos Bombeiros para a urgência na sequência de uma queda numa rua perto de casa e regressou depois de feitos os curativos aos ferimentos. A família acredita que houve negligência médica, dada a “ausência de exames complementares” que assegurassem que as feridas sobretudo na cabeça, não era graves. [...] Naquela noite a mulher acompanhou JR até ao hospital e cerca de três horas depois, já na madrugada de domingo assistia de perto à sua morte em casa “sentiu dificuldades em respirar, dores corporais e de repente apagou-se”. [...] dizendo que aguarda o resultado da autópsia para poder confirmar se houve negligência médica. Na opinião de outros familiares [...] não há dúvidas “o hospital falhou”. “não houve nenhum tipo de exame nem nada. Ficaram-se pelos curativos”, denunciam [...] rejeitando que o problema de alcoolismo da vítima terá sido a causa da morte.*

*A diretora clínica do Hospital Senhora da Oliveira [...] “estranha” as declarações da família e recusa-se a prestar esclarecimentos “sem os resultados da autópsia”. “Nada tenho a dizer dos procedimentos clínicos. Sem haver causa de morte, não se pode pensar em qualquer tipo de considerações. [...]*

26. Nesse âmbito, foi solicitado ao prestador em 22 de novembro de 2016, que prestasse a seguinte informação:

*[...]*

*7. Explícitem de forma fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, a situação descrita nas referidas notícias;*

*8. Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente), e cópia do relatório do episódio de urgência do utente (Alert), em 20 de novembro de 2016;*

*9. Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]*

27. Assim, em 29 de novembro de 2016 veio o prestador prestar os seguintes esclarecimentos:

*[...] Em face das divergências que têm vindo a público sobre a causalidade ocorrida com o utente e aquela que foi reportada ao Serviço de Urgência na admissão deste, é relevante informar que, em reunião do Conselho de Administração deste Hospital, de 23 de novembro de 2016, foi deliberado proceder a abertura de inquérito de averiguações cujo resultado, após conclusão, será oportunamente fornecido.[...]*

28. O prestador vem ainda juntar aos autos:

a) Cópia da ficha de observação do SU no HSOG de 19 de novembro de 2016, pelas 22h40, que para o que presente processo importa se passa descrever:

- i) o utente deu entrada no SU no dia 19 de novembro de 2016 pelas 22h39m;
- ii) foi triado com pulseira amarela; fluxograma queda: discriminador: pequena hemorragia incontrolável;
- iii) tem:35, 6 °C – Dor:5 Glasgow:13 pontos
- iv) na queixa pode ler-se o seguinte: “[...] *Utente com intoxicação alcoólica encontrado caído na via pública. Apresenta escoriações na face e couro cabeludo + encontra-se todo molhado! [...]*”
- v) pelas 22h55 é observado pela Dr.<sup>a</sup> DT de cirurgia geral que refere: “[...] *ap de abuso crónico do álcool já tendo efetuado desintoxicação sem sucesso. Etilizado e acompanhado pela esposa. Escoriações da face e mãos sem hemorragia. HD estável. Glasgow 15. PIRL. Sem outras lesões. Sem crepitações ósseas ou enfisema subcutâneo. Alta com recomendações. [...]*”
- vi) Diagnóstico: Síndrome de dependência do álcool SOE ou NCOP

b) ficha CODU referente ao atendimento pela VMER de Guimarães, nesse mesmo dia, pelas 04h00, que para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:

- i) sinais e sintomas: escoriação na face. Fraldas-sangue-hálito etílico. Aspiração de vômito;
- ii) observações: terá tido queda da própria altura ontem à noite com ida ao SU.

29. Em 10 de março de 2017, o prestador veio juntar o processo de averiguações instaurado internamente, que refere o seguinte:

[...] *O Sr. JGR deu entrada no SU às 22:39 H do dia 19 de Novembro tendo sido avaliado pelo Senhor Enfermeiro ML na Triagem de Manchester - Discriminador: pequena hemorragia incontrolável; Fluxograma: queda; Temperatura: 35,6SC; Dor: 5; Glasgow 13; Glicemia: 168mg/dl; Frequência cardíaca: 89 ppm; Ritmo do Pulso: rítmico;*

*Queixa: Utente com intoxicação alcoólica encontrado caído na via pública. Apresenta escoriações na face e couro cabeludo e encontra-se todo molhado.*

*Especialidade e Sala: Cirurgia Geral*

O Sr. JGR foi avaliado, pela Senhora Dra. DT, às 22:55 H, ou seja, pouco mais de 15 minutos após a admissão e no registo clínico lê-se: "52 anos, ap de abuso de álcool já tendo efetuado desintoxicação sem sucesso; etilizado e acompanhado pela esposa; escoriações da face e mãos; sem hemorragia HD (hemodinamicamente estável); Glasgow de 15; PIRL (pupilas isocóricas e reativas à luz); sem outras lesões; sem crepitações ósseas ou enfisema sub-cutâneo; alta com recomendações".

Assim permito-me concluir que:

- 1 - A história clínica é inexistente apesar do Doente estar consciente, colaborante e orientado (Glasgow de 15);
- 2 - Embora esteja afirmado, na avaliação clínica, que o Doente tem 15 na escala de coma de Glasgow não há registo do que ele terá dito sobre o que lhe terá acontecido e que seria de importância relevante para determinar o mecanismo e potencial gravidade do trauma;
- 3 - Não foi determinado o valor da alcoolemia o que poderia ter sido importante para explicar o grau de sensibilidade à dor;
- 4 - Que a diminuição da sensibilidade à dor pode ter traído o resultado do exame objetivo;
- 5 - Não há qualquer informação sobre o que terá sido feito ao Doente que, à entrada, estava "todo molhado" e, portanto, em risco de hipotermia;
- 6 - A Senhora Dra. DT, perante a observação do Doente, entendeu que este não precisaria de ficar em observação no Serviço de Urgência;
- 7 - O Doente teve alta, acompanhado da Esposa e com as recomendações que a Senhora Dra. DT achou necessárias;
- 8 - Por último entendo que a Senhora Dra. DT poderia ter tido uma atuação médica mais assertiva apesar das circunstâncias do trabalho no Serviço de Urgência.
- 9 - Questionada sobre como recebeu o Doente, como concluiu que estaria etilizado e que indicações terá dado aquando da alta respondeu conforme carta em anexo.

Deste modo proponho:

- 1 - Que sejam desenvolvidas ações de sensibilização, para todos os profissionais, para a importância da determinação da alcoolemia em todas as vítimas de trauma;
- 2 - Que deverão ser desenvolvidas ações para os Especialistas, os Internos da Especialidade, os Internos do Ano Comum e para os Alunos de modo a sublinhar a

*importância da História Clínica bem como os procedimentos constantes na Literatura, nos Cursos e Protocolos sobre Trauma;*

*3 - Que deverão ser enfatizados a todos os Profissionais a importância de não e deixarem influenciar por preconceitos;*

*4 - Que à Senhora Dra. DT, sejam sublinhados os pontos anteriores de modo a poder desenvolver as suas obrigações assistenciais e de formação com mais qualidade. [...]*”.

## **II.2.2 Do parecer técnico do perito médico consultado pela ERS**

30. Quanto à situação vinda de descrever e considerando a necessidade de uma avaliação técnica dos elementos trazidos ao conhecimento da ERS, solicitou-se um parecer ao perito médico consultado pela ERS, o qual emitiu relatório de apreciação clínica, nos seguintes termos:

*“[...] A situação relativa ao doente JR é mais grave, uma vez que o doente faleceu na sequência de observação médica, num contexto aparente de trauma após queda, enquanto etilizado. Na Triagem há referencia a Escala de Coma de Glasgow de 13, o que de acordo com a Norma da DGS nº 07/DQS/DQCO, a página 2, os critérios para activação da equipa de trauma incluem ECG <14, pelo que a Via Verde de Trauma deveria ter sido activada.*

*Coloca-se, ainda, o problema dos registos clínicos na situação em questão, que são escassos, por um lado, sem uma avaliação clinica adequada do doente, bem como não foram realizados MCDT, que provavelmente teriam indicação para realizar no contexto de etilismo agudo. Igualmente o doente não deveria, na minha opinião, ter tido alta, enquanto mantivesse o estado de intoxicação.*

*Para além do facto de a Via Verde de Trauma não ter sido activada, o que é uma decisão do enfermeiro que realizou a Triagem, mais se verificou que os registos clínicos são escassos e a aparente menos correcta avaliação do doente pela médica. [...]*” – cfr. parecer do perito médico consultado pela ERS, junto aos autos.

### II.3. Do processo de reclamação REC/2055/2017

#### II.3.1 Da reclamação e da resposta do prestador

31. A ERS teve conhecimento de uma reclamação subscrita por JAL em 23 de dezembro de 2016, sobre o acompanhamento da utente MP, sua mulher, que em suma refere o seguinte:

*“[...] No dia 22/12/2016 acompanhei a minha esposa a este estabelecimento hospitalar a uma consulta de urgência, dando entrada cerca das 21 horas deste dia com tensão arterial com valores muito elevados 19-8,5 medida no serviço de triagem.*

*Sendo ela hipertensa crónica com antecedentes operatórios ao coração e carótidas lamento que no serviço de medicina sala 5 desde essa hora até agora – 01,30 do dia 23 não apareceu um único médico no referido serviço piorando a situação. Um sr. Enfermeiro voltou para medir as tensões que continuaram com os mesmos valores e nem médico nem medicação.*

*Como eu todos os acompanhantes mostramos o nosso descontentamento e fomos postos fora, informou-nos o segurança, por ordem do chefe de serviço. [...]”.*

32. Em resposta à reclamação, veio o prestador informar o seguinte:

*“[...] A elevada afluência de doentes que acorreram ao Serviço de urgência no dia 23 de dezembro de 2016, impediu o cumprimento dos prazos estipulados pelo Sistema de Triagem de Manchester. Apesar do atraso, a esposa do Sr. JAL foi observada em conformidade com as boas práticas. Teve alta clínica, hemodinamicamente estável, assintomática e com explicação de sinais de alarme.*

*De referir que os profissionais no exercício das suas funções têm que se deslocar a outros serviços, nomeadamente para obter pareceres de outras especialidades, bem como o contacto com os diversos serviços clínicos de apoio, pelo que nem sempre se encontram na sua área de atendimento, sendo que nesta ausência, os doentes estão sempre sob vigilância da enfermagem. [...]”.*

33. Considerando a necessidade de carrear para os autos outros elementos factuais, em 20 de junho de 2017, foi solicitado ao prestador que prestasse os seguintes esclarecimentos:

*“[...] 1. Explicitem, de forma fundamentada, a situação descrita na reclamação;*

*2. Envio de identificação da utente (nome completo, número de utente), e cópia do relatório do episódio de urgência do utente (Alert), em 22 de dezembro de 2016;*

3. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]*”.

34. Em 10 de julho de 2017, o prestador veio juntar a seguinte informação:

a) Cópia do relatório do episódio de urgência da utente MP, que para o que ao presente processo importa, se passa a descrever:

i) a utente foi triada, às 22h31m, com pulseira amarela;

ii) fluxograma: indisposição no adulto, e discriminador: instalação súbita;

iii) a utente teve a 1ª observação médica às 01h59m com a seguinte informação: “[...] *De momento sem necessidade de cuidados de emergência. HD estável. Assintomática. TA 147/87mmHG. Explico situação clínica e sinais de alarme. Orientada para médico assistente. Volta se os sintomas que motivaram a vinda ao SU voltarem. [...]*” – cfr. parecer do perito médico consultado pela ERS, junto aos autos.

### **II.3.2 Do parecer técnico do perito médico consultado pela ERS**

35. Quanto à situação em causa e considerando a necessidade de uma avaliação técnica dos elementos trazidos aos autos, solicitou-se um parecer ao perito médico consultado pela ERS, o qual emitiu relatório de apreciação clínica, nos seguintes termos:

*“[...] A situação referida é relativa a tempos de espera para observação médica após triagem. Estes tempos de espera estão naturalmente condicionados a fluxos de doentes, complexidade das situações clínicas em avaliação e quantidades de profissionais disponíveis para observar doentes. [...]*”.

## **III. DO DIREITO**

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

36. 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;

37. 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.

38. Consequentemente, o Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, com o NIPC 508080827, registada no SRER da ERS sob o n.º 18000, sito na Rua dos Cutileiros – Creixomil, 4835 – 044 Guimarães
39. 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”.*
40. 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”.*
41. 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*
42. 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”.*
43. 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.
44. Pelo que, tal como configuradas, as situações objeto de análise nos presentes autos, poderão não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses dos utentes, mas também na violação de normativos que à ERS cabe acautelar na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS.

45. Ora, perante este enquadramento, resulta a necessidade da análise dos factos, tal como denunciados, sob o prisma de um eventual desrespeito do direito dos utentes a receberem com prontidão, humanamente, com respeito e num período de tempo considerado clinicamente aceitável os cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, nomeadamente, em situações de especial vulnerabilidade, bem como o eventual desrespeito do direito de acompanhamento dos utentes nos serviços de urgência do SNS, em especial o direito de, em situações excecionais em que seja tomada a decisão de não acompanhamento, serem devidamente informados, utentes e seus acompanhantes, dos motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

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

46. 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.
47. 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”*;
48. 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”*.

49. Por outro lado, e em concretização de tal garantia de acesso ao SNS, é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde um, conjunto vasto de direitos, onde se inclui o direito a que os cuidados de saúde sejam prestados 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.
50. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na sua alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*.
51. Norma que 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).
52. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
53. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
54. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente<sup>1</sup>, segundo o qual deve ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo, em todas as fases do tratamento.
55. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre *“Os direitos do paciente”*, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”*.
56. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, obvio que tal direito, como os demais

---

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

consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.

57. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.

### III.3. Do direito ao acompanhamento nos serviços de urgência

58. Em 21 de março de 2014, foi aprovada a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que revogou a Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e a Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro.<sup>2</sup>

59. Conforme resulta do seu preâmbulo e do disposto no seu artigo 1.º, o diploma visa a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, não alterando significativamente o regime anterior, mas antes aportando uma melhor clarificação para a ordem jurídica vigente.

60. Assim, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, passou a apresentar, de forma clara e integrada, as regras gerais de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, bem como as regras específicas de acompanhamento da mulher grávida durante o parto e do acompanhamento em internamento hospitalar, tudo aspetos que se encontravam antes dispersos nas Leis n.º 14/85, de 6 de julho, Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro.

61. Diga-se que, de acordo com o n.º 1 do artigo 12.º do antedito diploma, “*Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.*”

62. Continua o artigo 13.º da mesma Lei que “*nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito de acompanhamento, podendo de acordo com a lei, solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente, invocados pelo acompanhante*”.

63. Todavia, a Lei também refere que a natureza do parentesco ou da relação com o utente não pode ser invocada para impedir o acompanhamento.

---

<sup>2</sup> Diplomas que fixavam o quadro normativo aplicável ao direito de acompanhamento, até à entrada em vigor da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

64. Por outro lado, os limites ao direito de acompanhamento estão expressamente consagrados, existindo um elenco restrito de limites:

i) “[...] *Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável [...]*

ii) “*O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos*”.

iii) Sendo certo que, nestes casos, “[...] *compete ao profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.*”.

65. O artigo 15.º, por sua vez, faz referência aos direitos e deveres dos acompanhantes, e salienta-se aqui não só o dever de urbanidade, como o respeito pelas indicações dadas pelo profissional de saúde, quando devidamente fundamentadas.

66. Mas, em especial, o direito do acompanhante a ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento.

67. Ainda, e tal como já referido, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, vem também estabelecer o regime para Acompanhamento em internamento hospitalar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde – cfr. artigos 19.º a 23.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

68. Para efeitos dos presentes autos, atente-se no artigo 20.º, o qual estatui que “*peçoas com deficiência, peçoas em situação de dependência e peçoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em estabelecimento de saúde têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na sua ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de peçoas por si designada.*”<sup>3</sup>

69. Refira-se, igualmente, e à semelhança do já previsto nos diplomas entretanto revogados acima citados, que a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, consagra, no n.º 1 do

---

<sup>3</sup> Note-se que, nestes casos, não existe qualquer tipo de limitação ao acompanhamento, referindo-se a lei às condições em que esse acompanhamento deve ser exercido, isto é, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde. Encontra-se também vedado o acompanhamento nas intervenções cirúrgicas, bem como a tratamentos em que a presença do acompanhante seja prejudicial para a correção e eficácia dos mesmos, com exceção para aqueles atos para a qual foi dada a autorização do clínico responsável. – cfr. artigos 21.º e 22.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

seu artigo 31.º, não só a obrigação de adaptação dos serviços de urgência do SNS ao direito de acompanhamento, *“de forma a permitir que o utente possa usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços”*.

70. Mas, outrossim, que *“o direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respetivas normas e condições de aplicação”*.

#### **III.4. 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**

71. 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.”*.

72. 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.”*.

73. 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 [...]”*;

74. 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.”;
75. 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.”;
76. 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.”.
77. 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.5. Do Protocolo de Triagem de Manchester**

78. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico<sup>4</sup>,

---

<sup>4</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>	<i>0</i>
2	<i>Muito urgente</i>	<i>Laranja</i>	<i>10</i>
3	<i>Urgente</i>	<i>Amarelo</i>	<i>60</i>
4	<i>Pouco urgente</i>	<i>Verde</i>	<i>120</i>
5	<i>Não urgente</i>	<i>Azul</i>	<i>240</i>

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

79. 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;*

---

<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

- g. Lesões articulares traumáticas;*
  - 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.7. A Via Verde de Trauma

80. Considerando que a assistência ao utente JR ocorreu na sequência de uma queda, que posteriormente se veio a verificar tratar-se de um atropelamento, assume-se como necessário proceder à análise dos procedimentos vigentes em matéria dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado.

81. Assim, cumpre invocar Circular Normativa da DGS n.º 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010, a qual versa sobre a Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, estando dirigida a todas as unidades do SNS.

82. Com efeito, é reconhecido na referida circular que o trauma é “*uma importante causa de mortalidade [...] e que [...] tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sépsis [todos com vias verdes já instituídas] também para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas.*”

83. A norma instituída destina-se assim a “[...] todas as Unidades de Saúde com Serviço de Urgência [...]” determinando para o efeito que:

---

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

[...]

- i. No **SUB** (*Serviço de Urgência Básico*), existe, em cada momento, um **coordenador da equipa de trauma nomeado para o efeito**;
- ii. Num **SUMC** (*Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica*), existe, em cada momento, um **coordenador da equipa de trauma, nomeado para o efeito, e que a integra**;
- iii. Num **SUP** (*Serviço de Urgência Polivalente*), existe, a cada momento, um **coordenador da equipa de trauma nomeado para o efeito e a respectiva equipa de trauma, necessária para a abordagem do doente traumatizado.**”-  
sublinhado nosso.

84. Sendo que a norma estipula os critérios de abordagem clínica a serem implementados em momentos temporais distintos, a saber:

[...]

- i. *realização de avaliação primária e estabilização inicial (em <20 minutos)*;
- ii. *realização de avaliação secundária (em < 1 hora)*”.

85. E que, entre os procedimentos a observar aquando da realização da avaliação secundária constam:

“[...]

- i. *Formulação de um plano de actuação, para tratamento definitivo e identificação do destino final do doente*;
- ii. *Nível de internamento: unidade intensiva, unidade intermédia ou enfermaria*;
- iii. *Transferência externa*;

86. Refira-se, também que os critérios de ativação da Via Verde Trauma, no que respeita aos Sinais Vitais e Nível de Consciência são os seguintes:

- Frequência Respiratória < 10 ou > 29 ciclos / minuto
- SaO<sub>2</sub> < 90% com O<sub>2</sub> suplementar
- Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
- Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda > 2 pontos desde acidente

87. As vias verdes, juntamente com as redes de referência, são consideradas um elemento essencial na melhoria das garantias do direito de acesso.

88. Por essa razão, a necessidade de implementação destes Sistemas de Resposta Rápida (Vias Verdes) foi reforçada pela publicação do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014, o qual definiu, para além de uma Rede de Referenciação genérica de Urgência e Emergência, as Redes de Referenciação específicas para as quatro Vias Verdes;
89. Com alusão específica à definição de Centros de Trauma e à Via Verde Trauma.
90. As Vias Verdes intra-hospitalares são da responsabilidade de cada Hospital.

### **III.8. Das anteriores intervenções regulatórias da ERS**

#### **III.8.1 Em matéria de cumprimento das normas de funcionamento do SU**

91. Em sede de análise dos factos constantes dos presentes autos, cumpre recordar que, no âmbito do Processo de Inquérito n.º ERS/007/2015-G, a ERS emitiu uma deliberação dirigida ao então Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., a qual, incidiu sobre as condições de funcionamento do SU e do cumprimento das regras de triagem e Manchester<sup>7</sup>;
92. Especificamente determinava a instrução emitida ao prestador o seguinte:

“[...]”

*a) deve atualizar e/ou introduzir as alterações tidas por adequadas nos procedimentos já implementados, atinentes ao serviço de urgência, por forma a garantir, a todo o momento, que aqueles são aptos a assegurar de forma permanente e efetiva o acesso aos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, e em tempo útil, independentemente de se tratar de prestação de cuidados de saúde no decorrer do normal funcionamento do serviço, como, em especial, em períodos decorrentes de situações de contingência, incluindo aquelas que embora não sejam situações excecionais não expectáveis, são determinadas pelas variações sazonais associadas a extremos de temperatura;*

*b) deve implementar procedimentos de organização e funcionamento em conformidade com o prescrito com as regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes e/ou emergentes;*

---

<sup>7</sup> Instrução consultável em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

*c) deve afixar de forma imediata, e imperativamente no(s) local(ais) de receção e atendimento dos utentes e acompanhantes no Serviço de Urgência, ainda que no formato que considerem mais oportuno e eficaz, informação relativa aos tempos de espera expectáveis nesse Serviço de Urgência, em cada dia, e consoante a cor atribuída pelo sistema de triagem de Manchester, o que permita não só manter o utente devidamente informado sobre o tempo de espera expectável para o seu atendimento, de acordo com a cor que lhe foi atribuída, assim como, lhe forneça informação que o possa, face a esse tempo de espera, poder optar por recorrer a outro serviço de urgência ou serviço de atendimento permanente;*

*d) deve dar conhecimento à ERS do 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 termina 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 termina a 30 de setembro, sobre a utilização da versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester;*

*(iii) o 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) o cumprimento do disposto na Norma 002/2015, de 6 de março de 2015, da Direção Geral da Saúde.*

*e) deve instituir um procedimento apto a poder informar, de forma imediata, a ARS Norte e os restantes estabelecimentos da Rede de Serviços de Urgência das áreas contíguas, toda e qualquer situação de excesso de procura de serviços de urgência, tendente à criação de situações de dificuldades acrescidas ou anormais na prestação de cuidados hospitalares urgentes e/ou emergentes, por forma a permitir a adoção atempada de medidas adequadas, incluindo o redirecionamento de utentes, a fazer face a um tal excesso de procura;*

*f) deve instituir um procedimento apto a poder informar, de forma imediata, a ARS Norte, o INEM e os restantes estabelecimentos da Rede de Serviços de Urgência das áreas contíguas, do grau de implementação das Vias Verdes em vigor;*

*g) deve garantir em permanência que na prestação de cuidados de saúde aos utentes, e em concreto no Serviço de Urgência, sejam respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, que devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.*

*h) deve garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos adotados ou a adotar para cumprimento da presente instrução, sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais de saúde.*

*[...]”.*

93. Estando atualmente a ser feito o acompanhamento do cumprimento da referida instrução pelo HSOG em sede do processo de monitorização n.º PMT/001/2016, o qual, no caso concreto do HSOG, teve como propósito instá-lo a:

*“[...]*

*i) remeter a informação em falta e/ou alterar a informação já remetida de acordo com parecer de arquivamento autónomo;*

*(ii) remeter à ERS, com periodicidade trimestral e durante um período inicial de 1 (um) ano:*

*a) cópia dos relatórios as auditorias internas e/ou externas, relativas à conformidade da triagem de Manchester;*

*b) Remeter cópia dos seguintes elementos/indicadores:*

*i) tempo entre a chegada do utente e a triagem;*

*(ii) tempo entre a triagem e a 1ª observação médica, distribuída por cores;*

*(iii) número de utentes atendidos, com informação relativa a números médios e se a afluência foi superior ou inferior à média;*

*(iv) número de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros, técnicos de diagnóstico) a prestar serviço no SU, com referência relativa a números médios e número de profissionais de saúde quando se verifica afluência superior à média;*

*[...]”.*

94. Sendo que, em sede do referido processo de monitorização, o HSOG informou a ERS que se encontrava em vigor o Plano de Contingência de Temperaturas Extremas

Adversas – Modo Inverno e do Boletim informativo datado de 25-11-2015, que certificava que *“deve ser assegurada a re-triagem de novo dos doentes que aguardam observação médica para além do tempo expectável, bem como a vigilância (e registos) dos doentes antes da observação médica [...]”*.

### **III.8.2. Em matéria de direito ao acompanhamento**

95. No âmbito do processo de inquérito registado sob o n.º ERS/006/2016, a ERS emitiu, em 21 de abril de 2016, uma instrução ao Hospital Senhora de Oliveira Guimarães, para que este:

*“[...]”*

*a) garanta, em permanência, o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março;*

*b) proceda à alteração e/ou revisão das suas normas e procedimentos internos (nomeadamente, os documentos “Identificação dos Acompanhantes no Serviço de Urgência (SU)”, “Procedimento Específico do Serviço de Urgência – Informação aos Acompanhantes” e “Regulamento do Serviço de Urgência”) em matéria de direito de acompanhamento, por forma a que estes passem a respeitar, na íntegra, o estipulado nos artigos 12.º e seguintes da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;*

*c) garanta que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover, junto de todos os utentes, a informação completa, verdadeira e inteligível sobre todos os aspetos relativos ao direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, para o efeito devendo, designadamente, afixar informação relevante, em local acessível aos utentes, sobre o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde.*

*“[...]”*.

96. Na sequência da notificação da referida deliberação, e para informação à ERS das medidas adotadas para cumprimento da instrução então emitida, o HSOG por ofício de 21 de junho de 2016, veio referir o seguinte

*“[...]”*

*Remete-se, por indicação do Conselho de Administração deste Hospital, e quanto ao processo de inquérito n.º ERS 6/2016, no sentido de dar cumprimento à deliberação do CA da Entidade Reguladora da Saúde em causa quanto aos*

*procedimentos e medidas adotadas para cumprimento da presente instrução, a seguinte informação:*

- ✓ *Identificação dos Acompanhantes: “É da Responsabilidade do Enfermeiro da Triagem de Manchester a correcta identificação do acompanhante que, devem utilizar o autocolante de identificação em local visível”;*
- ✓ *Procedimento específico SU: Informação conforme ficheiro anexo.*
- ✓ *Anexamos ainda o Regulamento do SU em vigor (veja-se o artº 23º, ponto 13)” – cfr. resposta do prestador a informar das medidas implementadas para o cumprimento da instrução emitida pela ERS.*

### **III.9. Análise da situação concreta**

97. As situações cuja análise se impõe na presente deliberação, prendem-se por um lado, com a avaliação dos constrangimentos verificados nos procedimentos relativos ao atendimento dos utentes no Serviço de Urgência e, por outro como o cumprimento dos pressupostos do direito de acompanhamento nos termos da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

#### **a) Do AV/110/2016**

98. Da análise dos factos recolhidos no decurso das diligências encetadas pela ERS, resulta que:

- i) a utente foi triada no dia 10 e março de 2016, pelas 10h07m;
- ii) foi utilizado o fluxograma da cefaleia com o discriminador vómitos;
- iii) foi atribuída a pulseira verde, pouco urgente, que nos termos da triagem de Manchester tem um tempo-alvo para 1ª observação de 120 minutos;
- iv) a utente foi observada por médico de clínica geral, pelas 17h56m, cerca de 8 horas após a triagem;
- v) existe novo registo de nova observação pelas 18h27, com informação relativa a medição de tensão “TA 190/97mm hg e SAT 90%”;
- vi) pelas 22h03m, a utente é observada por medicina interna que após análise da TAC-CE - entretanto realizada – transfere a utente para o Hospital de Braga;

99. Do que tem vindo a ser descrito, conclui-se que, no dia em causa e na situação em análise, os tempos para 1ª observação não foram respeitados;

100. Com efeito, a utente apenas foi observada por profissional médico, cerca de 8h após a admissão ao serviço de urgência;
101. Refere o prestador que durante a sua estadia no serviço de urgência, e mesmo triada com uma situação pouco urgente, a utente *“Dado o estado de dependência demonstrado pela paciente, considerou-se no momento e circunstâncias que esta não tinha critérios para inclusão na área de verdes/azuis, tendo sido a mesma alocada à área de macas para observação, por clínica geral;*
102. E que *“não existiu registo de ativação de via verde, porquanto as queixas que normalmente fazem supor a possível existência de um AVC em evolução e os critérios de ativação da Via Verde do AVC são por um lado (i) a existência de uma alteração neurológica recente (a tríade clássica é boca ao lado, falta de força no braço e dificuldade em falar), e isto (ii) com poucas horas de evolução desde a última vez que o paciente foi visto assintomático [...] No caso em análise, nenhum destes sinais resultou documentado na altura da triagem inicial. [...] Reforçando-se a convicção que, salvo melhor opinião, inexistiam indicadores e/ou evidências que contribuíssem para a ativação da Via Verde do AVC, nesta situação concreta e tal qual se apresentava.*
103. Tal facto, não se coloca em crise, no entanto, sempre se dirá que a utente não foi sujeita a qualquer vigilância ou monitorização durante o tempo de espera;
104. Ao contrário do alegado pelo hospital que garante que *“a vigilância aos utentes, na área onde foi colocada a paciente, afigura-se constante“;*
105. Acrescentando que a utente [...] *foi sujeita a vigilância designadamente no que tange aos sinais vitais, não tendo resultado (i) da triagem e classificação originais, e/ou (ii) da evolução e vigilância subsequentes qualquer circunstância que motivasse ativação de procedimento de retriagem. [...] tais procedimentos de vigilância não carecem, nem foram, registados, podendo ser atestados e melhor indicados pelos respetivos profissionais.*
106. Note-se ainda que, de acordo o Plano de Contingência de Temperaturas Extremas Adversas – Modo Inverno e do Boletim informativo datado de 25-11-2015, *“deve ser assegurada a re-triagem de novo dos doentes que aguardam observação médica para além do tempo expectável, bem como a vigilância (e registos) dos doentes antes da observação médica [...]“;*
107. O que, de facto, não aconteceu;
108. Sem prejuízo de, no caso concreto, e de acordo com o parecer do clínico, os cuidados clínicos, terem sido os adequados.

109. O que não obvia contudo a que, em abstrato, a conduta do HSOG não se tenha revelado apta nem suficiente para a proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes, designadamente do direito à prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde.
110. Com efeito, e recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados de saúde, que implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, é, indubitavelmente, uma garantia de um acesso aos cuidados qualitativamente necessários, adequados e em tempo útil.
111. Tanto mais, que o cumprimento de procedimentos – no caso os procedimentos inerentes ao processo de Triagem de Manchester que determina tempos alvos de atendimento de acordo com a prioridade clínica atribuída – promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
112. Pelo 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.
113. Ainda, de acordo com a reclamante, esta foi impedida de acompanhar a sua mãe, enquanto esta permanecia na triagem, o que pode consubstanciar uma violação do direito de acompanhamento dos utentes.
114. Sobre o direito de acompanhamento, o prestador refere no Procedimento 0592\_Nor\_PFR que “[...] *Em casos excecionais, como a sobrelotação e falta de condições de segurança para a prestação de cuidados no SU, pode o Chefe de Equipa, ou na sua ausência, o Enf. responsável de turno ou outro profissional mandatado para tal, decidir pelo não acompanhamento dos utentes tendo em vista a qualidade dos cuidados prestados e as condições de segurança para profissionais e utentes[...]*”
115. Com efeito, o direito de acompanhamento pode ser limitado nos casos em que “[...]o *acompanhamento pode comprometer as condições e requisitos técnicos [...]*”,
116. No entanto, sempre se dirá que apesar de estar prevista na lei a possibilidade de introdução de limites ao direito de acompanhamento, tanto não poderá assumir-se como regra aplicável de forma irrestrita e *a priori* determinada para toda e qualquer situação, sem a necessária ponderação circunstanciada a cada caso concreto;

117. Razão pela qual, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, determina que o profissional de saúde deve “[...] *informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento*[...]”
118. Situação que, também, não se verificou no caso concreto.
119. Note-se que o HSOG tinha já sido objeto de uma instrução – no processo de inquérito n.º ERS/006/2016, que correu os seus termos na ERS – sobre a necessidade de garantir em permanência, o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
120. Na sequência da notificação da referida deliberação, e para informação à ERS das medidas adotadas para cumprimento da instrução então emitida, o HSOG por ofício de 21 de junho de 2016, veio referir o seguinte
- [...]
- Remete-se, por indicação do Conselho de Administração deste Hospital, e quanto ao processo de inquérito n.º ERS 6/2016, no sentido de dar cumprimento à deliberação do CA da Entidade Reguladora da Saúde em causa quanto aos procedimentos e medidas adotados para cumprimento da presente instrução, a seguinte informação:*
- ✓ *Identificação dos Acompanhantes: “É da Responsabilidade do Enfermeiro da Triagem de Manchester a correcta identificação do acompanhante que, devem utilizar o autocolante de identificação em local visível”;*
  - ✓ *Procedimento específico SU: Informação conforme ficheiro anexo.*
- Anexamos ainda o Regulamento do SU em vigor (veja-se o artº 23º, ponto 13)”*
121. Sendo que tais medidas foram então consideradas como podendo ser aptas ao cumprimento da instrução da ERS, ainda que a sua implementação devesse ser acompanhada em sede do processo de monitorização em curso (PMT/001/16).
122. Não obstante, e considerando que os factos ora em análise, ocorridos em 18 de março de 2016, são contemporâneos da situação analisada no ERS/006/2016 – processo esse em que foi emitida a instrução por deliberação do CA da ERS de 21 de abril de 2016 – não se poderá avaliar se o prestador não cumpriu efetivamente, a instrução já emitida por esta ERS;
123. É que, recorde-se, a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como

contraordenação punível, com coima de 1000,00 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 14º, 16º, 17º, 19º, 20º, 22º e 23º”.

124. Pelo que, dever-se-á, outrossim, reiterar junto do HSOG para a necessidade de efetivamente adequar a sua conduta, no que respeita à garantia do direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde e, dessa forma, se procurando evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos, e no processo ERS/006/2016;
125. E ainda reforçar em especial o direito de, em situações excecionais em que seja tomada a decisão de não acompanhamento, serem devidamente informados, utentes e seus acompanhantes, dos motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

#### **b) AV/181/2016**

126. Da análise dos factos recolhidos no decurso das diligências encetadas pela ERS, resulta que:
- i) o utente deu entrada no SU no dia 19 de novembro de 2016, pelas 22h39m;
  - ii) foi triado com pulseira amarela; fluxograma queda; discriminador: pequena hemorragia incontrolável;
  - iii) temp:35,6 °C – Dor: 5 - Glasgow:13 pontos
  - iv) “[...] *Utente com intoxicação alcoólica encontrado caído na via pública. Apresenta escoriações na face e couro cabeludo + encontra-se todo molhado!*[...]”
  - v) pelas 22h55 é observado pela Dr.<sup>a</sup> DT de cirurgia geral que refere “[...] *ap de abuso crónico do álcool já tendo efetuado desintoxicação sem sucesso. Etilizado e acompanhado pela esposa. Escoriações da face e mãos. sem hemorragia. HD estável. Glasgow 15. PIRL. Sem outras lesões. Sem crepitações ósseas ou enfisema subcutâneo. Alta com recomendações.* [...]”
  - vi) Diagnóstico: Síndrome de dependência do álcool SOE ou NCOP
127. No momento da triagem, o utente foi avaliado com 13 pontos na escala de coma de Glasgow, sendo que em situações de trauma, como uma queda, um valor inferior a 14 é um critério de ativação da Via Verde de Trauma, conforme disposto na Circular Normativa da DGS n.º 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010, a qual versa sobre a Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado;

128. No entanto a mesma não foi acionada;
129. O que foi corroborado pelo perito médico consultado pela ERS, “[...] *Na Triagem há referência a Escala de Coma de Glasgow de 13, o que de acordo com a Norma da DGS nº 07/DQS/DQCO, os critérios para activação da equipa de trauma incluem ECG<14, pelo que a Via Verde de Trauma deveria ter sido activada.[...]*”.
130. Não obstante, note-se que quando o utente foi observado pela médica Dr.<sup>a</sup> DT, surge já com um Glasgow de 15.
131. Ainda, e de acordo com o inquérito internamente instaurado:

*“[...] 1 - A história clínica é inexistente apesar do Doente estar consciente, colaborante e orientado (Glasgow de 15);*

*2 - Embora esteja afirmado, na avaliação clínica, que o Doente tem 15 na escala de coma de Glasgow não há registo do que ele terá dito sobre o que lhe terá acontecido e que seria de importância relevante para determinar o mecanismo e potencial gravidade do trauma;*

*3 - Não foi determinado o valor da alcoolemia o que poderia ter sido importante para explicar o grau de sensibilidade à dor;*

*4 - Que a diminuição da sensibilidade à dor pode ter traído o resultado do exame objetivo;*

*5 - Não há qualquer informação sobre o que terá sido feito ao Doente que, à entrada, estava “todo molhado” e, portanto, em risco de hipotermia [...];*

*6 - A Senhora Dra. DT, perante a observação do Doente, entendeu que este não precisaria de ficar em observação no Serviço de Urgência;*

*7 - O Doente teve alta, acompanhado da Esposa e com as recomendações que a Senhora Dra. DT achou necessárias;*

*8 - Por último entendo que a Senhora Dra. DT poderia ter tido uma atuação médica mais assertiva apesar das circunstâncias do trabalho no Serviço de Urgência.*

*9 - Questionada sobre como recebeu o Doente, como concluiu que estaria etilizado e que indicações terá dado aquando da alta respondeu conforme carta em anexo.*

*Deste modo proponho:*

*1 - Que sejam desenvolvidas ações de sensibilização, para todos os profissionais, para a importância da determinação da alcoolemia em todas as vítimas de trauma;*

2 - *Que deverão ser desenvolvidas ações para os Especialistas, os Internos da Especialidade, os Internos do Ano Comum e para os Alunos de modo a sublinhar a importância da História Clínica bem como os procedimentos constantes na Literatura, nos Cursos e Protocolos sobre Trauma;*

3 - *Que deverão ser enfatizados a todos os Profissionais a importância de não e deixarem influenciar por preconceitos;*

4 - *Que à Senhora Dra. DT, sejam sublinhados os pontos anteriores de modo a poder desenvolver as suas obrigações assistenciais e de formação com mais qualidade.*

132. Recorde-se que resulta ainda do parecer do perito médico consultado pela ERS, que “[...] *Coloca-se, ainda, o problema dos registos clínicos na situação em questão, que são escassos, por um lado, sem uma avaliação clínica adequada do doente, bem como não foram realizados MCDT, que provavelmente teriam indicação para realizar no contexto de etilismo agudo. Igualmente o doente não deveria, na minha opinião, ter tido alta, enquanto mantivesse o estado de intoxicação. [...]*”.

133. Ora, de facto, o utente não foi sujeito a qualquer exame, nem para avaliação do nível de alcoolemia nem para despiste de eventuais fraturas;

134. O que teria sido relevante perante o quadro histórico e clínico do utente;

135. Bem como, conforme referido pelo perito médico consultado pela ERS, “*não deveria, [...], ter tido alta, enquanto mantivesse o estado de intoxicação. [...]*”.

136. Assim, do que tem vindo a ser descrito, conclui-se que, no dia em causa e na situação em análise, pode ter existido uma falha nos procedimentos relativos ao atendimento do utente, no serviço de urgência, especificamente no que respeita à triagem e à ativação da Via Verde de Trauma, bem como na qualidade do atendimento prestado ao mesmo;

137. Recorde-se que o perito médico consultado pela ERS conclui o seu parecer referindo que “*Para além do facto de a Via Verde de Trauma não ter sido activada, o que é uma decisão do enfermeiro que realizou a Triagem, mais se verificou que os registos clínicos são escassos e a aparente menos correcta avaliação do doente pela médica. [...]*”.

138. Do exposto resulta então que ao não ter procedido à ativação da Via Verde de Trauma, o HSOG não deu cumprimento ao disposto na Circular Normativa da DGS n.º 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010, a qual versa sobre a Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, estando dirigida a todas as unidades do SNS;

139. Pelo que importará garantir que o HSOG adeque o seu comportamento, assegurando a existência de procedimentos que garantam, que sempre que estejam preenchidos os critérios de ativação da Via Verde de Trauma, a mesma seja efetiva e corretamente acionada, em cumprimento do disposto Circular Normativa da DGS n.º 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010;
140. E nessa sequência informe a ERS do estado de implementação da Via Verde Trauma, bem como das medidas adotadas na sequência das conclusões e recomendações constantes do processo de inquérito interno;
141. Uma vez que, o cumprimento de procedimentos – no caso os procedimentos de ativação da VVT - promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
142. Importando igualmente reiterar que não basta a 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.
143. Por outro lado, importa ainda assegurar a adoção de procedimentos que garantam que o atendimento dos utentes é efetuado com a garantia de que são prestados todos os cuidados de saúde necessários e que os mesmos são aqueles mais adequados e tecnicamente mais corretos, considerando a situação clínica dos utentes.

**c) REC/2055/2017**

144. Da análise dos factos recolhidos no decurso das diligências encetadas pela ERS, resulta que:
- i) a utente foi triada, às 22h31m, com pulseira amarela;
  - ii) fluxograma: indisposição no adulto, e discriminador: instalação súbita;
  - iii) a utente teve a 1ª observação médica às 01h59m com a seguinte informação: “[...] *De momento sem necessidade de cuidados de emergência. HD estável. Assintomática. TA 147/87mmHG. Explico situação clínica e sinais de alarme. Orientada para médico assistente. Volta se os sintomas que motivaram a vinda ao SU voltarem.* [...]”
145. No caso da utente MP, o tempo-alvo correspondente a situações urgentes, 60 minutos, não foi respeitado;
146. Nem a utente foi sujeita a qualquer retriagem após a ultrapassagem do tempo alvo de 60 minutos, tal como indicado *supra* de acordo o Plano de Contingência de

Temperaturas Extremas Adversas – Modo Inverno e do Boletim informativo datado de 25-11-2015;

147. Não obstante a utente foi observada pela médica do serviço, que considerou que a utente não necessitava de cuidados urgentes, uma vez que a situação já se encontraria estabilizada.
148. Posição partilhada com o perito médico consultado pela ERS que refere que “[...] *A situação referida como Reclamação nº 7670 é relativa a tempos de espera para observação médica após triagem. Estes tempos de espera estão naturalmente condicionados a fluxos de doentes, complexidade das situações clínicas em avaliação e quantidades de profissionais disponíveis para observar doentes. [...]*”.
149. Pelo exposto, constata-se que a conduta da HSOG, não se revelou suficiente à garantia dos direitos e interesses legítimos dos utentes, em especial o direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e adequados à sua situação clínica;
150. Na medida em que o prestador não terá acautelado o devido acompanhamento da utente, durante o episódio de urgência, garantido uma permanente e efetiva monitorização clínica, apta a assegurar que pudesse ser tratada com correção técnica e em tempo útil;
151. Relativamente à questão do direito de acompanhamento o que está aqui em causa foi o alegado pelo reclamante, e não contraditado pelo prestador, de que “*Como eu todos os acompanhantes mostramos o nosso descontentamento e fomos postos fora, informou-nos o segurança, por ordem do chefe de serviço. [...]*”;
152. O que reforça a necessidade de se garantir, em especial, o direito de, em situações excecionais em que seja tomada a decisão de não acompanhamento, serem devidamente informados, utentes e seus acompanhantes, dos motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.
153. 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 por um lado, que os cuidados de saúde prestados, no âmbito do serviço de urgência, sejam adequados e tecnicamente mais corretos, prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável e, por outro lado, reiterar a necessidade de ser garantido, em permanência, o direito de acompanhamento dos utentes nos serviços de urgência do SNS, em especial o direito de, em situações excecionais em que seja tomada a decisão de não acompanhamento, serem devidamente informados, utentes e seus acompanhantes, dos motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

154. Dessa forma se procurando evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.

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

155. 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 pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, os reclamantes MM e JAL e o HSOG.
156. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, até ao momento presente a ERS, não recebeu qualquer comunicação quer do prestador, quer dos reclamantes MM e JAL.
157. 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**

158. 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 Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, E.P.E., no sentido de dever:

a) 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 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

b) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade dos utentes,

não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;

c) Implementar procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados enquanto aguardam observação médica (nomeadamente, através de retriagem), de forma a verificar quaisquer eventuais alterações do seu estado de saúde, e que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas;

d) Assegurar a adoção de procedimentos que acautelem que o atendimento dos utentes é efetuado com a garantia de que são prestados todos os cuidados de saúde necessários e que os mesmos são aqueles mais adequados e tecnicamente mais corretos, considerando a situação clínica dos utentes, incluindo a garantia de realização de todos os meios complementares de diagnósticos aplicáveis de acordo com as boas práticas clínicas vigentes;

e) Assegurar a existência de procedimentos que garantam, que sempre que estejam preenchidos os critérios de ativação da Via Verde de Trauma, a mesma seja efetiva e corretamente acionada, em cumprimento do disposto Circular Normativa da DGS n.º 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010, a qual versa sobre a Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, estando dirigida a todas as unidades do SNS;

f) Considerando o disposto na Circular Normativa da DGS n.º 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010, prestar informação, acompanhada da devida documentação de suporte, do estado de implementação da Via Verde Trauma;

g) Considerando as conclusões e recomendações constantes do inquérito internamente instaurado, prestar informação, acompanhada da devida documentação de suporte, das medidas efetivamente adotadas na sequência das mesmas;

h) Garantir, em permanência, o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

i) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover, junto de todos os utentes e seus acompanhantes, a informação completa, verdadeira e inteligível sobre todos os aspetos relativos ao direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde;

j) Garantir, em situações excecionais, em que ocorra a decisão de não acompanhamento dos utentes tendo em vista a qualidade dos cuidados prestados e as condições de segurança para profissionais e utentes e/ou nos casos em que o acompanhamento comprometer as condições e requisitos técnicos, que aos utentes e seus acompanhantes, sejam informados e explicados os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento;

k) 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 efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

159. 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, 7 de setembro de 2017.

O Conselho de Administração.