

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/007/2015 - D;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. Considerando as notícias veiculadas na comunicação social, em finais de dezembro de 2014 e janeiro de 2015, sobre os constrangimentos no acesso ao serviço de urgência, no tempo preconizado para o seu atendimento, nos termos do Sistema de Triagem de

Manchester e consideradas as atribuições conferidas a esta Entidade Reguladora, foi determinada a abertura de seis processos de avaliação;¹

2. Sendo que na sequência das análises preliminares efetuadas em sede de tais processos de avaliação, o Conselho de Administração da ERS, por despacho de 4 de março de 2015, ordenou a abertura do processo de inquérito registado sob o número ERS/007/2015, com o propósito de, em geral, avaliar o funcionamento dos serviços de urgência dos hospitais, no território continental, e no caso concreto, apreciar o funcionamento e o cumprimento de protocolos, regras e procedimentos nos Serviços de Urgência, nos estabelecimentos hospitalares do SNS a que era feita referência nas notícias.
3. Uma vez que foram identificadas diversas entidades envolvidas, a presente deliberação incide sobre o estabelecimento prestador de cuidados de saúde Hospital de S. Bernardo (doravante HSB), integrado no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. – por facilidade, identificado como ERS/007/2015 – D.

I.2. Exposição apensada ao processo ERS/007/2015

4. A ERS tomou conhecimento em 21 de agosto de 2014 de uma reclamação subscrita por M., sobre o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. referindo que, alegadamente, aquela unidade aprovou uma “[...] *norma interna que altera temporariamente, as normas de acompanhamento no serviço de urgência geral, estando a atribuição da pulseira de acompanhante dependente do critério do profissional que faz a triagem [...]*tendo exemplificado que] *uma utente de 87 anos, que se deslocava em cadeiras de rodas e com surdez acentuada, viu-lhe negada a atribuição de acompanhante.*”.
5. Tal como configurada, a situação denunciada poderá 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.
6. Por deliberação do Conselho de Administração de 19 de março de 2015, foi instaurado o processo de inquérito sob o número ERS/010/2015.
7. Considerando que a ERS, ao abrigo das suas atribuições e competências, se encontra já a analisar, no âmbito do ERS/007/2015, a temática do funcionamento e cumprimento de protocolos, regras e procedimentos no Serviço de Urgência.

¹ A saber: AV/316/2014; AV/001/2015; AV/003/2015; AV/004/2015; AV/008/2015 e AV/011/2015 a correr termos no Departamento de Supervisão do Sistema de Saúde.

8. E considerando que, a efetivação do direito de acompanhamento nos Serviços de Urgência, será uma das componentes de análise e intervenção regulatória da ERS, o referido processo de inquérito foi arquivado e apensado ao processo de inquérito aberto sob o registo n.º ERS/007/2015, por deliberação do Conselho de Administração de 29 de maio de 2015.

I.3. Diligências

9. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas:
- (i) em pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, de onde se retirou que o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, NIPC 507606787, registado sob o n.º de registo 18710, detentor de um estabelecimento com a designação Hospital de São Bernardo, sito na Rua Camilo Castelo Branco, em Setúbal;
 - (ii) no pedido de elementos ao Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, datado de 9 de janeiro de 2015 e 1 de abril de 2015 e respetivas respostas;
 - (iii) em parecer técnico elaborado por consultor médico da ERS, em 25 de fevereiro de 2015;
 - (iv) em parecer técnico elaborado por consultor enfermeiro da ERS, de 9 de março de 2015;
 - (v) em pesquisa no sítio eletrónico do Grupo Português de Triagem.²

II. DOS FACTOS

II.1. Da notícia relativa ao utente D.

10. No seguimento das notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, em 8 de janeiro de 2015, a ERS teve conhecimento dos factos relativos ao falecimento de um utente, que terá aguardado cerca de quatro horas no serviço de urgência sem que tivesse sido observado por qualquer profissional médico no HSB.
11. Concretamente, nas referidas notícias é divulgado que o utente D. deu entrada no SU às 21h42, foi triado com amarelo (dor abdominal – dor moderada).

² <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

12. Tendo sido observado por médico, pela 01h37.
13. No decurso da observação do doente, foram solicitados exames complementares de diagnóstico.
14. E pelas 03h27 o doente é levado para a sala de reanimação por agravamento do estado geral, com depressão de estado de consciência.
15. Tendo o óbito sido declarado às 05h05.

II.2. Das diligências efetuadas em sede de processo de inquérito

II.2.1. Do pedido de informação ao Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E

16. Em 9 de janeiro de 2015, foram solicitados ao prestador, os seguintes esclarecimentos:

“[...] 1. Explicitem de forma fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, a situação descrita nas referidas notícias;

2. Envio de identificação do utente (nome completo, número de utente), e cópia do relatório do episódio de urgência do utente (Alert), em 2 de janeiro de 2015;

3. Informação relativa à distribuição de cores nos termos da Triagem de Manchester, por referência ao universo de utentes atendidos no serviço de urgência nos dias 1/2/3 de janeiro de 2015 e no período compreendido entre as 8h e as 00h;

4. Informação relativa ao número de profissionais (médicos e enfermeiros), com indicação das especialidades respetivas, presentes no serviço de urgência nos dias 2 e 3 de janeiro de 2015.

5. Informação sobre processo de inquérito interno aberto pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar, bem como cópia de todos os elementos já disponíveis.

6. Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]” – cfr. pedido de elementos ao prestados, de 9 de janeiro de 2015, junto aos autos.

17. Em 15 de janeiro de 2015, o prestador veio aos autos prestar a seguinte informação:

“[...] O doente D., com o n.º de Utente [...], deu entrada no Serviço de Urgência Geral (SUG), no dia 02 de janeiro de 2015.

História Clínica

Doente de 77 anos que vive com a esposa, dependente nas Atividades de Vida Diária (AVD's) e [...].

Com referência às seguintes patologias:

#1. [...], operado a [...] no HSM, complicado por [...], com [...].

#2. [...] crónica à esquerda (desde pelo menos 2012), por [...], segundo relatório da alta hospitalar do HSM. [...].

#3. Internamento na [...] em [...] por [...] - [...] moderada a grave - [...] a [...] - nova intervenção cirúrgica com tentativa de [...] a [...], complicado de [...], com necessidade de [...];

Ficou internado em [...].

Transferido para o S. [...] do Hospital de São Bernardo a [...] e teve alta [...] encaminhado para a consulta de [...], com [...], [...], [...].

#4. [...]

#5. [...]

#6. [...]

#7. [...] há 22 anos, com [...]

#8. [...]

História de Doença Atual (HDA):

Segundo a filha, desde o dia anterior mais prostrado e com [...].

No dia do internamento contactado o 112 por novo episódio de [...]; foi feita ativação pelo CODU e assistido no local pela VMER sedeadada no Serviço de Urgência do CHS; após a avaliação inicial pelo médico da VMER, por apresentar na altura estabilidade clínica e face à proximidade do Hospital foi transportado ao SU pela ambulância designada pelo CODU ao serviço de Urgência, sem necessidade, no momento, de acompanhamento médico.

Deu entrada no Serviço de Urgência Geral (SUG) às 21h42, foi triado às 21h51, com pulseira amarela.

Às 01H08 foi assumida a responsabilidade médica com terapêutica e exames de diagnóstico e terapêutica às 01H19, com registo clínico às 01h37.

Cerca das 03h27 foi registado agravamento clínico, tendo a família sido informada da gravidade e do prognóstico desfavorável do doente que, apesar de todas as

medidas médicas em curso, permaneceu sem resposta à terapêutica instituída. [...], com [...].

Assumiu-se como principal hipótese diagnosticada rotura [...]ao qual já tinha sido intervencionado com resolução parcial (há 8 meses), com [...] associado e sinais de [...] sem resposta a medidas médicas.

O Óbito verificou-se às 05h05. [...] – cfr. relatório clínico remetido pelo prestador em 15 de janeiro de 2015, junto aos autos.

18. Na mesma data, veio o prestador informar que não foi aberto processo de inquérito interno, uma vez que “[...] o Processo foi instaurado de imediato pela Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (Proc. N.º 3/2015- INQ.) [...]” – cfr. informação do prestador, junta aos autos.

II.2.2. Do Parecer técnico elaborado por consultor médico da ERS

19. Face ao conteúdo dos elementos carreados para os autos, em 25 de fevereiro de 2015, foi solicitado ao consultor médico da ERS que se pronunciasse sobre a matéria em causa, que resultou no seguinte:

“[...] No registo de triagem não constam as variáveis fisiológicas (FC, TA e Sat) determinantes para avaliação do quadro clínico, sendo certo que o registo das mesmas dependerá do algoritmo que é escolhido pelo enfermeiro da triagem, desconhecendo-se se tais registos efetuados aquando das triagens são objeto de auditorias internas;

Tempo de espera até ao atendimento médico superior ao previsto para a cor atribuída. Este dado pode ter contribuído desfavoravelmente para o desfecho

Não foi efetuada retriagem. [...]”.

20. Na sequência do referido parecer foram formuladas as seguintes sugestões e/ou Recomendações:

“[...] O prestador deve proceder a auditorias internas e externas às triagens realizadas no SU por forma a monitorizar a correta escolha dos algoritmos e fluxogramas pelos triadores..

Deve ser monitorizada a partir da triagem a possível ultrapassagem dos tempos de espera previstos para a cor atribuída. [...]”- cfr. Parecer técnico do consultor médico da ERS, de 25 de fevereiro de 2015, junto aos autos.

II.2.3. Do Parecer técnico elaborado por consultor enfermeiro da ERS

21. Considerada a necessidade de carrear outros elementos para os autos, foi solicitado parecer ao consultor enfermeiro da ERS sobre a matéria em causa, que se pronunciou nos termos seguintes:

“[...] Não tendo acesso a triagem completa do doente à entrada e tendo em consideração o que tenho discriminado em relatório, o discriminador é Dor moderada de intensidade igualmente moderada, com história de [...] a sua classificação condiz com a opção pela pulseira de cor amarela. Falta a avaliação e registo dos sinais vitais à entrada, servindo não só para avaliação inicial doente como referência para avaliações posteriores. Com estas monitorizações podemos dar resposta ao equilíbrio hemodinâmico do doente

O tempo de atendimento foi ultrapassado sem uma nova avaliação em triagem.

Rapidamente um quadro de [...] se instalou, como se observa pelos valores analíticos da gasometria como pelos sinais vitais, e fazendo querer como realidade a suspeita de [...] a decisão de tratamento médico foi a mais acertada, pois a situação clínica do doente com todas as morbilidades não deixava outras hipóteses. [...]” – cfr. parecer do enfermeiro consultor da ERS, de 9 de março de 2015, junto aos autos.

22. No caso em concreto o enfermeiro consultor propôs as seguintes recomendações:

“[...] Todos os doentes a partir da triagem devem ser monitorizados de acordo com a cor e prioridade clínica.

Equipamento de monitorização hemodinâmica que permita aos profissionais de saúde uma contínua vigilância.

Registos mais completos e globalizados. [...]” cfr. parecer do enfermeiro consultor de 9 de março de 2015, junto aos autos.

II.3. Da reclamação apresentada pela utente M.

23. A ERS tomou conhecimento em 21 de agosto de 2014 de uma reclamação subscrita por M., sobre o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. – Hospital de São Bernardo, em suma refere a reclamante que, alegadamente, aquela unidade aprovou uma “[...] norma interna que altera temporariamente, as normas de acompanhamento no serviço de urgência geral, estando a atribuição da pulseira de acompanhante dependente do critério do profissional que faz a triagem. [...] tendo exemplificado que] uma utente de 87

anos, que se deslocava em cadeiras de rodas e com surdez acentuada, viu-lhe negada a atribuição de acompanhante. [...] cfr. processo REC/6263/2014, junta aos autos.³

24. Notificado para se pronunciar sobre o conteúdo da reclamação, o prestador veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] Existem critérios para o acompanhamento de doentes que estão claramente explicitados nos gabinetes de triagem. [...] o espaço físico do SUG não permite [o acompanhamento], sendo por isso necessário estabelecer critérios que procuramos cumprir com a máxima objetividade [...]. – cfr. nota de serviço elaborada pela Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência geral, anexa ao ofício do prestador de 5 de setembro de 2014, junto aos autos.

25. Analisados os elementos carreados para os autos, e subsistindo dúvidas sobre nota de serviço do Serviço de Urgência Geral sobre o direito ao acompanhamento, solicitou-se ao prestador, em 1 de abril de 2015, a prestação de informação adicional sobre a situação, nos seguintes termos:

[...] 1. Pronunciem-se, querendo, de forma completa e fundamentada, sobre o conteúdo da exposição, junta em anexo;

2. Identificação (nome, número de utente, contactos) e cópia do relatório do episódio de urgência (Alert) de 15 de agosto de 2014, da utente referida na reclamação apresentada por M.;

3. Seguimento dado à reclamação, apresentada pela família da utente, no Livro de Reclamações dessa entidade, com envio de cópia da resposta prestada por V. Exas. à exponente.

4. Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, das medidas tomadas quanto à situação, em particular para a sua correção;

5. Cópia integral das reclamações referentes ao Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. – Hospital de São Bernardo, apresentadas no Livro de Reclamações ou em qualquer outro suporte documental e referentes ao período compreendido entre 1 de janeiro de 2014 até à presente data, que versem sobre o direito de acompanhamento no serviço de urgência, bem como cópia do tratamento dado às mesmas;⁴

³ Note-se que a ERS tomou conhecimento desta situação através do processo REC/6263/2014, onde foram realizadas as diligências tidas por adequadas à análise do presente processo, tendo no entanto sido determinada a continuidade da análise em sede do presente processo de inquérito.

⁴ Note-se que, sem prejuízo das competências da ERS, de monitorização das queixas e reclamações dos utentes e o seguimento dado pelos operadores às mesmas, nomeadamente, a alínea a) do artigo 13.º dos Estatutos da ERS aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de

6. *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;*

7. *Informação sobre as (eventuais) alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respetivos serviços de forma a permitir que os doentes possam usufruir do direito de acompanhamento, com envio dos devidos suportes documentais.*

8. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto [...] – cfr. pedido de elementos ao prestador, de 1 de abril de 12015, junto aos autos.*

26. Em 16 de abril de 2015, veio o prestador juntar os seguintes documentos:

(i) Cópia do processo da utente M., já enviada à ERS em 05/09/2014, dando resposta à V/comunicação, com a referência O.REC_6263/2014, datada de 26 de agosto de 2014;

(ii) Cópia do relatório do episódio de urgência (Alert) de 15 de agosto de 2014 referida na reclamação apresentada por M.;

(iii) Cópia do processo da reclamação n.º 11/2014 (Livro XV SUG), referido na reclamação efetuada pela utente M.;

(iv) Informação da Diretora do Serviço Urgência Geral sobre a recusa da acompanhante, bem como restantes documentos sobre esta temática;

(v) Cópia das reclamações efetuadas desde janeiro de 2014 até à presente data;

(vi) Cópia do procedimento Circuitos de Gestão de Doentes Serviço de Urgência Geral (PS.URGR.07) e Guia de Acolhimento ao utente e acompanhante.

27. Para o que ao presente processo importa, passamos a transcrever o procedimento Circuitos de Gestão de Doentes Serviço de Urgência Geral (PS.URGR.07):

a) O procedimento entrou em vigor em 23 de setembro de 2008, tendo sido revisto em 08 de março de 2012, e com data de revisão em 08 de março de 2015;

b) O objetivo do procedimento é a “*definição do circuito que o utente tem de percorrer, desde a sua chegada ao SUG até à sua saída, seja por alta clínica ou*

22 de agosto, as reclamações aqui em causa serão analisadas de acordo com o objeto dos presentes autos, de averiguação do comportamento do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, no que respeita ao direito de acompanhamento dos utentes no serviço de urgência do HSB.

transferência” e aplica-se “a todos os profissionais do SUG”. Cfr. pontos 1. e 2. do procedimento;

c) No ponto 6.2.2 com a epígrafe “A Triage”, pode ler-se na alínea e) o seguinte “É reconhecido o direito de acompanhamento ao utente que no momento da triagem manifeste vontade de se fazer acompanhar por uma familiar/pessoa significativa, assim como a todos os outros que pela sua situação clínica, não possam manifestar esse desejo”. [...] cfr. procedimento Circuitos de Gestão de Doentes Serviço de Urgência Geral (PS.URGR.07), anexo ao ofício de 16 de abril de 2015, junto aos autos.

28. Já no que ao Regulamento de Acompanhamento de Doentes no Serviço de Urgência Geral (proc. REG.URGR.01) importa, transcreve-se o seguinte:

a) O procedimento entrou em vigor em 21 de setembro de 2010, com data de revisão em 06 de julho de 2012;

b) No ponto 8. pode ler-se “Após a triagem de prioridades de atendimento em urgência o Enfermeiro triador determina a atribuição de pulseira de acompanhante (pulseira cor de rosa) nas seguintes situações:

a. Doente menor de 18 anos, quando acompanhado pelos pais ou representante legal;

b. Sempre que um utente, menor de 18 anos, seja admitido no SUG, acompanhado por alguém que não seja um dos seus progenitores esse acompanhante poderá ser substituído pelo pai, pela mãe ou pelo tutor legalmente determinado, logo que estes se apresentem no Serviço e manifestem vontade de acompanhar o menor;

c . Doente com doença mental em que a ausência do acompanhante contribua para a deterioração do estado clínico do doente;

d. Doente cujo estado clínico quando se apresenta na triagem obrigue ao recurso à colaboração do acompanhante para efectivar o procedimento (p. ex. doentes afásicos, com acentuada diminuição da acuidade auditiva ou visual, com alteração do estado de consciência) ”;

c) por outro lado o ponto 12. refere “Todo o doente tem o direito a ser acompanhado durante o acto de consulta se assim o desejar, sendo nesse caso chamado pelo profissional de saúde o respectivo acompanhante designado, o qual concluído o acto deverá voltar a aguardar na Zona de Espera;

d) o ponto 13. por sua vez determina que “Em situações excepcionais e muito ponderosas poderá o profissional que atende o doente determinar a presença do

acompanhante junto deste, devendo esta autorização ser transmitida pessoalmente ao Enfermeiro triador para atribuição da respectiva pulseira identificadora de acompanhante autorizado a permanecer junto do doente nas zonas de espera, outras que não a Zona de Espera 1”;

e) o ponto 18. do procedimento expõe que “Só será permitida a presença de acompanhantes junto de doentes ambulatório.” e que “só será permitida a presença de acompanhantes junto de doentes internados em SO com idade pediátrica ou com deficiência prevista na Lei independentemente da idade ou excepcionalmente por razões humanitárias;” nos termos do ponto 19. do procedimento. [...] – cfr. Regulamento de Acompanhamento de Doentes no Serviço de Urgência Geral (proc. REG.URGR.01), anexo ao ofício de 16 de abril de 2015, junto aos autos.

29. Ainda, em 18 de julho de 2013, a Diretora de serviço da urgência, solicitou à Diretora Clínica o seguinte:

“[...] O Serviço de Urgência Geral (SUG), pensado para receber 150 a 200 doentes por dia, tem uma média atual de admissões que varia entre os 230-290 doentes /dia.

O espaço físico da área de ambulatório do SUG, não foi desenhado para este afluxo de pessoas, pelo que frequentemente os doentes e os respetivos acompanhantes não dispõem das condições de comodidade desejadas, tendo de permanecer em pé enquanto aguardam por atendimento médico ou realização de exames e impedindo a circulação de pessoas e equipamentos.

A lei refere que cada utente admitido no Serviço de Urgência tem direito a nomear um acompanhante, e deve ser informado desse mesmo direito à entrada da Urgência. Porém, no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal, torna-se cada vez mais difícil permitir que todos os utentes permaneçam com os respetivos acompanhantes sem prejudicar a qualidade do serviço médico, a segurança e a privacidade dos próprios doentes e condicionando a rapidez de atendimento.

Nesse sentido a Direção do Serviço desenvolveu uma proposta de projeto de reestruturação das zonas de espera e ambulatório do Serviço, de modo a responder mais adequadamente a estas necessidades.

Temporariamente e até implementação deste projeto de reestruturação, solicita-se que seja equacionada a suspensão da autorização sistemática de acompanhantes, sendo apenas permitida aos menores de idade e aos doentes com necessidades especiais. Quanto às restantes situações serão avaliadas caso a caso pelos profissionais de saúde, aquando da triagem ou após observação médica. [...] cfr.

Informação da Diretora do Serviço Urgência Geral sobre a recusa da acompanhante, anexo ao ofício de 16 de abril de 2015, junto aos autos.

30. Com efeito, a solicitação da Diretora do serviço de urgência foi deferida no sentido em que no documento em causa encontra-se, entre outras a seguinte informação subscrita e carimbada com data de 27 de julho de 2013, *“concorda-se com a suspensão durante o mês de agosto da entrada de acompanhante”*.
31. Refira-se ademais que o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., juntou aos autos o *“Guia de Acolhimento ao Utente e Acompanhante no Serviço de Urgência Geral”*, que tem como objetivo *“informar o utente e acompanhante sobre o funcionamento do Serviço de Urgência”*, que veicula a seguinte informação:

“Será permitida a presença de um acompanhante aos doentes em Balcão

a) com idade inferior a 18 anos;

b) com necessidades especiais (dificuldades de comunicação, doença psiquiátrica, deficit cognitivo...);

c) em situações avaliadas caso a caso pelo/a profissional de saúde aquando da triagem ou após observação médica;

d) [...]

Os restantes acompanhantes devem aguardar na Sala de Espera, devendo dirigir-se ao interior do serviço sempre que convocados pelo/a médico/a Enfermeiro/a.”

32. Ainda sobre o direito à informação de doentes internados pode ler-se o seguinte:

“[...] O pedido de informações de doentes em S.O. faz-se mediante o preenchimento de impresso próprio, no Gabinete do Utente, presencialmente. As informações serão transmitidas no Gabinete do Utente, sempre que as condições do serviço o permitam. [...]” – cfr. Guia de Acolhimento de utentes e acompanhante no Serviço de Urgência Geral, anexo ao ofício de 16 de abril de 2015, junto aos autos.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

33. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às

atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

34. 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 sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
35. Consequentemente, o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E com o NIPC 510412009, está registado sob o n.º 18710, e é detentor de um estabelecimento com a designação Hospital de S. Bernardo, registado sob o n.º 125863, sito na Rua Camilo Branco, em Setúbal.
36. 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, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”*.
37. No que toca à alínea a) do n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 11.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento”*.
38. No que se refere, por outro lado, ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º e alínea c) 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 *“monitorizar as queixas e reclamações dos utentes e seguimento dado pelos operadores às mesmas”*.
39. Já a alínea a) do artigo 12º refere que *“incumbe à ERS assegurar o direito universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde”*.
40. 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.

41. Tal como configurada, a situação denunciada poderá 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.
42. Ora, perante este enquadramento, resulta a necessidade da análise dos factos, tal como denunciados, sob o prisma de uma eventual limitação do acesso à prestação de cuidados de saúde com correção técnica e em tempo útil.
43. Bem como, sob o prisma da necessidade de proteção dos legítimos interesses dos utentes, a apreciação do funcionamento e o cumprimento de protocolos, regras e procedimentos nos Serviços de Urgência, nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) referenciados nas notícias.

III.2 Do direito de acesso universal ao serviço público de saúde

44. 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 universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
45. Dito de outro modo, a CRP impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
46. 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”.

47. 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”.

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

49. O que significa que a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica, e que sejam os reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.

50. Cumprindo, por isso, analisar se o comportamento adotado pelo prestador, foi suficiente para garantir o cumprimento do dever prestação de cuidados necessários e atempados, imposto ao HSB.

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

51. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente no sector da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.

52. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes.

53. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde.

54. Particularmente, a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e consumidores reduz a capacidade de escolha dos últimos, não lhes sendo fácil avaliar a

qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualidade dos recursos humanos e da prestação a que se submetem quando procuram cuidados de saúde.

55. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde, devem ser considerados seja do ponto de vista do risco clínico, seja do risco não clínico.
56. No que ao risco clínico diz respeito, as causas mais frequentes de lesões radicam no uso de medicamentos, nas infeções e nas complicações *peri* operatórias.
57. Estes eventos adversos, em grande parte evitáveis, são passíveis de provocar danos na pessoa doente, sendo certo que os custos sociais e privados neles implicados são de tal importância, que as principais organizações de saúde, como a OMS, incrementaram planos de ação para a prevenção e um controlo mais eficaz sobre os acontecimentos danosos associados aos cuidados e procedimentos de saúde prestados.
58. O utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
59. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade dos cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.
60. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
61. 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”*.
62. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.
63. Ou seja, deve ser reconhecido ao utente o direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo porém obvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.

64. Por outro lado, quando na alínea c) da Base XIV da LBS se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, tal imposição decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.
65. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter redobrado cuidado de respeitar as pessoas particularmente frágeis pela doença ou pela deficiência.
66. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito insito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos, que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.
67. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente, segundo o qual deverá ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo, em todas as fases do tratamento.
68. Refira-se ademais que, a relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência em todos os aspetos da mesma.
69. Sendo que tais características devem revelar-se em todos os momentos da relação.
70. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge aqui com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural e estruturante da própria relação criada entre utente e prestador.
71. Trata-se de um princípio que deve modelar todo o quadro de relações atuais e potenciais entre utentes e prestadores de cuidados de saúde e, para tanto, a informação deve ser verdadeira, completa, transparente e, naturalmente inteligível pelo seu destinatário.
72. Só assim se logrará obter a referida transparência na relação entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.
73. *A contrario*, a veiculação de uma qualquer informação errónea, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar por parte do prestador são por si suficientes para comprometer a exigida transparência da relação entre este e o seu utente.

74. E nesse sentido, passível de distorcer os legítimos interesses dos utentes.
75. Na verdade, o direito do utente à informação não se limita ao que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico;
76. Pressupõe, também, entre outros, o dever de informação sobre possíveis quebras ou impedimentos na continuidade da prestação do cuidado de saúde, *in casu*, o tempo de espera para o atendimento médico;
77. Esta comunicação deve ser realizada em tempo útil, para assegurar que o utente não é prejudicado, no percurso para o restabelecimento do seu estado de saúde.
78. Garantindo assim o cabal direito de o utente ser humanamente tratado, pelos meios adequados, com prontidão e correção técnica tal como descrito na alínea c) do n.º 1 da Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (LBS).

III.4 Do direito ao acompanhamento nos serviços de urgência

79. Em 21 de março de 2014, foi aprovada a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que revogou a Lei nº 33/2009, de 14 de julho e a Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro⁵.
80. Conforme resulta do seu preâmbulo e do disposto no seu artigo 1º, esta lei 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.
81. 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, 33/2009, de 14 de julho e 106/2009, de 14 de setembro.
82. Diga-se que de acordo com o n.º 1 do artigo 12.º deste diploma, ora em análise, “ *nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de*

⁵ 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.

acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.”

83. Continua o artigo 13º 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”*.

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

85. Por outro lado, os limites ao direito de acompanhamento estão expressamente consagrados.

86. Assim, a lei limita o direito de acompanhamento, estabelecendo todavia um elenco restrito de limites ao direito de acompanhamento, designadamente que:

“[...] 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 [...]

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

87. 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.”*

88. 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, bem como o respeito pelas indicações dadas pelo profissional de saúde, quando devidamente fundamentadas.

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

90. 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.

91. Para efeitos do presente processo, atente-se o artigo 20.º que refere *“pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas 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 pessoa por si designada.”⁶.

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

93. E consagra igualmente 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.5. Da Rede de Serviços de Urgência

III.5.1. Das regras aplicáveis à Rede de Serviços de Urgência

94. As características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização dos Pontos de Rede de Urgência foram sempre sendo objeto de preocupação e implementação.⁷

95. Mais recentemente, o Despacho n.º 13377/2011, de 23 de setembro, criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) que tinha por missão avaliar o estado de implementação da Rede, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso, as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, a gestão e a sustentabilidade dos Serviços de Urgência (SU), entre outros.

⁶ 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.

⁷ Cfr. Despachos do Ministro da Saúde n.º 18 459/2006, de 30 de julho, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 176, de 12 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 24 681/2006, de 25 de outubro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 231, de 30 de novembro, n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 10, de 15 de janeiro de 2007, e n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro

96. A Rede de Referência de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes naquela Rede, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB).
97. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
98. O Sistema Integrado de Emergência Médica foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto⁸, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”*.
99. Para o que ao presente processo importa, refira-se que, o artigo 12º institui a *“obrigatoriedade de implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU, onde deve ser realizada a classificação de risco, devendo o doente “ser encaminhado no serviço de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, [...] de modo a garantir que o doente seja observado [...] em tempo clinicamente aceitável.”*
100. Por sua vez, o artigo 20º do Despacho determina que o SU deve necessariamente incluir áreas que devem respeitar “a privacidade, o conforto a comunicação e a informação personalizada e humanizada, as condições de visualização e fácil acesso ao doente, e deve ser facilitado o acompanhamento do doente por familiar” nos termos da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
101. Para além disso, os Conselhos de Administração Hospitalar devem possuir uma política que promova “as competências e as capacidades mínimas de Médicos, Enfermeiros e restante pessoal e definir claramente a sua formação, titulação e creditação, através de formação de Suporte Avançado de Vida (cfr. n.º 1 e 2 do artigo 21º do Despacho).
102. Atente-se por fim, que “os SU, devem até 30 de junho de 2015, concluir a adaptação necessária ao disposto no presente Despacho”. (cfr. norma transitória, prevista no artigo 23º).

⁸ Publicado no DR, II Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014.

III.5.2. Do Plano de Prevenção e Resposta para o Outono/Inverno, da Direção Geral da Saúde, de 17 de dezembro de 2014

103. Com a previsão da chegada da época da gripe, e contemplando já o aumento de afluência aos serviços de urgências, a Direção Geral da Saúde, aprovou o Plano de Prevenção e Resposta para o Outono/Inverno no âmbito do Plano Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR), atualizado em 17 de dezembro de 2014, que “apresenta as orientações estratégicas que permitem preparar a resposta dos serviços de Saúde, perante a perspetiva de um aumento de incidência de Infecções respiratórias.”.

104. Assim, e para o que ao presente processo importa, transcreve-se as medidas para os cuidados em ambulatório – serviços de urgência (SUB e hospitalares), referidas no Plano de Prevenção e Resposta para o Outono/Inverno:

“[...]”

- *Reforço das equipas;*

- *Aumento do número de gabinetes/espacos de atendimento;*

- *“Turnover” de camas com transferência dos doentes para camas [...]”.*

105. No Plano de Prevenção e Resposta para o Outono/Inverno conclui-se, assim, que “compete aos serviço de saúde acompanhar a situação epidemiológica, [...], desenvolver sistemas de informação sobre a sua produção e a sua capacidade de resposta (urgências, consultas, internamentos, tempos de espera, demoras médicas, entre outros) e adequar a oferta de forma a que os doentes tenham cuidados de qualidade em tempo útil, evitando complicações ou mesmo morte. [...] – cfr. Plano de Prevenção e Resposta para o Outono/Inverno, da Direção Geral de Saúde, de 17 de dezembro de 2014.

III.6. Das medidas implementadas, de prevenção e reação ao aumento de afluência ao serviço de urgência

106. Tendo em consideração a situação ocorrida nos serviços de urgência nos hospitais portugueses, durante a época de gripe (em especial nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015), foi necessária a tomada de medidas para conter a situação.

107. Estas medidas foram consubstanciadas em Despachos e Normas, que a seguir se enunciam.

III.6.1. Do Despacho n.º 2/2015, de 9 de janeiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

108. No dia 8 de janeiro de 2015, as diversas entidades responsáveis pelos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, DGS, ACSS, INEM, ARS do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve e Linha Saúde 24) reuniram-se para “analisar a resposta face à afluência aos serviços de urgência”, onde foram transmitidas um conjunto de medidas necessárias para fazer face ao período de gripe.

109. Assim, e para o que ao presente processo importa, foi assumido o seguinte:

“[...]

10. As ARS devem fazer uma circular lembrando os hospitais que é necessário fazer a retriagem. As ARS devem dar instruções aos hospitais para, em altura de maior pico de afluência aos serviços, aumentar o número de triadores e cumprir as determinações da Triagem de Manchester que determina a repetição da triagem quando o tempo de espera até à primeira observação médica for ultrapassado.

[...]

12. Junto dos hospitais, as ARS devem identificar quais os médicos disponíveis para supletivamente poderem participar na observação e tratamento de doentes nos serviços de urgência nas horas de maior pico;

[...]

14. Os hospitais devem ser instruídos pelas ARS a terem anexa à escala de urgência médicos aos quais se poderá pagar um valor como horas de prevenção nas noites e dias feriados para substituir os médicos que eventualmente adoecem;

15. As ARS devem dar instruções aos hospitais para contratarem em regime de tarefa ou avença onde for preciso e dar nota à ACSS tão cedo quanto possível;

17. Atendendo a que o problema passa também pela capacidade física dos hospitais (locais, espaços de consulta), é necessário ver onde essa dificuldade pode ser ultrapassada, pelo que os gabinetes de consulta para as rotinas programadas poderão se usados para observação de doentes urgentes;

[...]

28. As determinações constantes dos pontos anteriores devem ser cumpridas de imediato. [...] – cfr. Despacho n.º 2/2015, de 9 de janeiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, junto aos autos⁹.

III.6.2. 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

110. 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.”*;
111. 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.”*;
112. 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 [...]”*;
113. 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*

⁹ Cfr. <http://simuploads.simedicos.pt/86c564695.pdf>

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.”;

114. 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.”;
115. 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.”.
116. Assim, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, em análise veio determinar o seguinte:
- “[...] 1 – Em episódios de urgência com apresentação tipificada na sequência da aplicação dos fluxogramas previstos no sistema de triagem, pode ser considerada a solicitação, pelo enfermeiro da triagem, de meios complementares de diagnóstico, mediante algoritmo autorizado pela direção clínica da unidade de saúde e sustentado em NOC elaborada pela DGS, a exemplo do que acontece nas vias verdes já existentes.
- 2 – Este complemento de triagem é introduzido de forma voluntária e experimental, com duração de um ano, nas unidades que forem identificadas pelas ARS como aquelas onde se possa esperar maior benefício na redução de tempos de espera.
- 3 – Os algoritmos referidos no número um são sujeitos a avaliação trimestral, nomeadamente nos resultados obtidos na redução dos tempos de espera e permanência no serviço de urgência, segurança clínica e satisfação dos utentes.

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

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

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

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

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

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

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

III.6.3 Do Protocolo de Triagem de Manchester

117. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico¹⁰,

¹⁰ 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	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Deverá ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o Serviço de Urgência, de que são exemplos os doentes admitidos para transplante, para técnicas programadas, etc. Nestes casos, deve ser registada a cor branca e a razão da sua atribuição. [...] – cfr. informação prestada pelo Grupo Português de Triagem no seu sítio eletrónico.

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

118. 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 Traumatizado¹;
- b. Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis².

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/DGCG³.

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;

¹ Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010”

² Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO de 06/01/2010”

³ Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003”

- f. Lombalgia intensa;*
 - 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.⁴

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.6.5 Do Despacho n.º 4113 – A/2015, de 23 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

119. Em preparação para a intervenção dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional da Saúde em situações de contingência determinadas pelas variações sazonais associadas a extremos de temperatura, na sequência das instruções dadas anteriormente, o Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde determinou, no Despacho n.º 4113 – A/2015, de 23 de abril, o seguinte:

1. Todos os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem assegurar, de forma eficaz, os Planos de Contingência de Temperaturas Extremas Adversas — Módulos de Calor e de Inverno, da Direção -Geral da Saúde (DGS), devendo elaborar e implementar Planos de Contingência específicos de acordo com a realidade local.

2. Os Planos de Contingência dos serviços e estabelecimentos do SNS devem:

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

- a) Reduzir a vulnerabilidade a situações de pico de procura e aumentar a capacidade de resposta local;*
 - b) Contribuir para a adequação dos serviços e estabelecimentos do SNS às necessidades geográficas específicas face às alterações climáticas e em especial quanto aos efeitos dos picos de frio e ondas de calor;*
 - c) Minimizar os efeitos negativos do frio extremo e do calor intenso, mesmo na ausência de picos de frio ou de ondas de calor, na saúde das populações em geral e dos grupos de risco em particular;*
 - d) Minimizar as consequências para a saúde humana resultantes da exposição a eventos climáticos extremos;*
 - e) Sensibilizar os profissionais de saúde e a população em geral e em especial os grupos de risco para os efeitos na saúde decorrentes dos picos de frio e ondas de calor;*
 - f) Garantir a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados;*
 - g) Garantir atempadas e adequadas respostas do sector da saúde e do sector social, promovendo uma colaboração e comunicação permanente através das Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS) e da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) que fazem a articulação com o Instituto da Segurança Social, I.P;*
 - h) Organizar os recursos humanos e materiais indispensáveis a cada fase de intervenção.*
- 3. Cada serviço e estabelecimento do SNS deve garantir a mais ampla divulgação das medidas a implementar e cumprir junto de cada serviço ou unidade.*
- 4. A DGS e as ARS devem garantir que existem os adequados circuitos de comunicação entre os serviços, para efetiva divulgação de informação, comunicação do risco e medidas a adotar.*
- 5. Os serviços e estabelecimentos do SNS devem adotar medidas que permitam uma adaptação célere às maiores necessidades de resposta em Serviços de Urgência, competindo às ARS a coordenação das respostas e a sua integração nos diferentes níveis de prestação de cuidados.*
- 6. Os doentes crónicos com maior risco de morbilidade e mortalidade e os idosos, no domicílio ou em lares, devem ser alvo de atenção crítica pelo que os Planos de Contingência devem conter orientações precisas para a identificação das pessoas*

em risco especial por força da idade ou de outra doença debilitante, bem como as medidas de acompanhamento preventivo de que devem ser alvo.

7. Os Planos de Contingência devem ter obrigatoriamente a previsão da expansão de área de internamento em situação de maior procura dos serviços e estabelecimentos do SNS, em especial os que dispõem de internamento.

8. Compete às ARS, no âmbito das suas competências, a determinação do alargamento de horários de atendimento em cuidados primários e os locais onde esse alargamento deve ocorrer, em função da procura registada em Serviços de Urgência.

9. Os estabelecimentos do SNS devem apresentar às ARS os seus Planos de Contingência até aos dias 1 de maio (módulo verão) e 1 de outubro (módulo inverno) de cada ano.

10. A autoridade de saúde regional deve avaliar se as medidas propostas estão aptas a poderem ser cumpridas até 30 dias depois da receção dos Planos de Contingência e comunicar a avaliação ao conselho diretivo da ARS respetiva e à autoridade de saúde nacional.

11. Compete às ARS criar as condições para que as autoridades de saúde, em colaboração com os Hospitais, Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Cuidados na Comunidade, possam acompanhar a aplicação local de cada Plano de Contingência.

12. Compete às ARS assegurar que todos os Planos de Contingência estão prontos a ser integralmente cumpridos a partir da data de abrangência dos Planos de Contingência de Temperaturas Extremas Adversas — Modulo Calor e de Inverno, da DGS.” - cfr. Despacho n.º 4113 – A/2015, de 23 de abril do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

III.7. Da análise da situação concreta

120. A situação em análise na presente deliberação visa, por um lado, avaliar os constrangimentos verificados nos procedimentos relativos ao atendimento dos utentes no Serviço de Urgência e, por outro lado, averiguar da articulação do Serviço de Urgência na prestação dos cuidados;

121. E se o HSB se encontra a cumprir os normativos referentes ao direito de acompanhamento dos utentes no seu serviço de urgência.

122. Assim, a atuação da ERS sobre a situação em causa estará delimitada às suas atribuições e competências, designadamente no que toca a *“assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde”* e *“garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes”*.
123. Por conseguinte, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os direitos e interesses legítimos dos utentes, não se procedendo, contudo, a uma avaliação clínica quanto aos concretos cuidados de saúde aplicados, por se tratar de matéria que não se insere no âmbito de atribuições e competências desta Entidade Reguladora.
124. Ainda, a preocupação subjacente à presente análise alarga-se necessariamente à avaliação da existência e adequabilidade dos procedimentos dirigidos a corrigir e prevenir situações semelhantes à ocorrida.
125. No que se refere à questão das normas internas relativas ao direito ao acompanhamento no serviço de urgência, do que foi possível apurar dos factos trazidos ao processo, o HSB, por regra, não permite o acompanhamento dos utentes no serviço de urgência.
126. Esta informação é veiculada não só pelas declarações da exponente que refere que aquela unidade aprovou uma “[...] norma interna que altera temporariamente, as normas de acompanhamento no serviço de urgência geral, estando a atribuição da pulseira de *acompanhante dependente do critério do profissional que faz a triagem*.[...]”
127. Mas também, e de forma mais evidente, pelo Guia de Acolhimento a utentes e acompanhantes do Serviço de Urgência Geral que refere:

“[...]Será permitida a presença de um acompanhante aos doentes em Balcão

a) com idade inferior a 18 anos;

b) com necessidades especiais (dificuldades de comunicação, doença psiquiátrica, deficit cognitivo...)

c) em situações avaliadas caso a caso pelo/a profissional de saúde aquando da triagem ou após observação médica;

d) [...]

Os restantes acompanhante devem aguardar na Sala de Espera, devendo dirigir-se ao interior do serviço sempre que convocados pelo/a medico/a Enfermeiro/a.

[...]” – cfr. Guia de Acolhimento a utentes e acompanhantes do Serviço de Urgência Geral, junto aos autos.

128. Ora, o acompanhamento dos utentes não é um direito absoluto, e pode estar sujeito a limitações, nos casos previstos no artigo 14º, mormente no seu n.º 2, da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

129. Mas certo é também que não poderá desconsiderar-se que a lei apenas limita o direito de acompanhamento, nestas situações:

“(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.”

130. No entanto, 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.

131. Especialmente em situações, como as descritas na exposição, ora em análise, em que os utentes estão mais fragilizados, quer pela sua condição clínica, quer pela situação de dependência.

132. Assim, recai sobre o HSB a obrigatoriedade de assegurar a informação não só das razões que levam ao condicionamento do acompanhamento, mas também que, durante esse período seja prestada informação considerada adequada sobre a situação do utente, durante a sua estadia no serviço de urgência.

133. Face a todo o exposto, foi possível concluir que com a atuação apurada nos autos, seja aquela circunstanciada na situação concreta, reportada na reclamação, seja em termos das orientações e regras internamente definidas e difundidas para conhecimento dos profissionais de saúde, utentes e demais público (desde logo no Guia de Acolhimento), o prestador não garante a total acomodação do seu comportamento ao regime jurídico estabelecido na Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

134. E apesar da situação específica tratar do acompanhamento no serviço de urgência, e por isso o processo em causa focar o desrespeito das normas relacionadas com este serviço, em especial, cumpre referir que o HSB terá sempre a obrigação de cumprir todas as regras referidas na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, designadamente, também

no que toca ao “acompanhamento da mulher grávida” e o “acompanhamento em internamento hospitalar”.

135. Certo é que, e no que toca ao direito ao acompanhamento, os elementos apurados nos autos foram reveladores de que os procedimentos atualmente adotados, e bem assim a informação prestada quanto ao direito ao acompanhamento não é apta a garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes.

136. Pelo que, e por todo o exposto, torna-se premente que o HSB conforme a sua conduta, no estrito cumprimento da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, no que se refere ao direito de acompanhamento dos utentes.

137. Já no que se refere ao episódio relatado nas notícias e que esteve na origem da abertura do presente processo de inquérito, do que resulta da análise dos factos recolhidos no decurso da diligências encetadas pela ERS,

- (i) O utente deu entrada no SU às 21h42m, tendo sido triado, pelas 21:51h com pulseira amarela (fluxograma [...] - dor [...]);
- (ii) O utente apresentava “[...] apresentando dor 5 na escala de dor (0-10)”;
- (iii) O utente foi observado por médico, pelas 01h37m, cerca de quatro horas após a admissão à urgência;
- (iv) De acordo com o relatório junto pelo HSB, o utente “*encontrava-se [...], com sinais de [...], aumento do [...]*”.
- (v) Apenas nesta altura foram medidos os sinais vitais, referentes a FC:[...], FR:[...]; SAT: [...].
- (vi) Foram solicitados os seguintes meios complementares de diagnóstico:
 - a) Rx torác;
 - b) análises clínicas ;
 - c) gasimetria arterial;
- (vii) Foi também solicitada colaboração de medicina interna;
- (viii) Pelas 03h27m, considerando que o utente “*não respondia a medidas médicas*”, foi a família informada do “*prognóstico muito reservado do utente.*”;
- (ix) O óbito foi declarado pelas 05h05m.

138. Do que tem vindo a ser descrito, conclui-se que, no dia em causa e na situação em análise, os procedimentos relativos à triagem e subsequente atendimento médico não terão sido corretamente seguidos.

139. Foram assim constatadas algumas falhas no atendimento do utente.
140. Com efeito, até à primeira observação do utente decorreram cerca de 4 (quatro) horas, quando o tempo-alvo para a 1ª observação seria de apenas 1 hora, de acordo com a cor atribuída na triagem de Manchester.
141. Considerando que não foram verificados os parâmetros vitais do utente na admissão, para além da escala de dor, não é possível comparar os valores à entrada com os apresentados na 1ª observação médica.
142. No entanto, sempre se dirá, e de acordo com o parecer dos peritos da ERS, *“a decisão de tratamento médico foi a mais acertada, pois a situação clínica do doente com todas as morbilidades não deixava outras hipóteses”*
143. Pelo exposto, constata-se que a conduta do HSB, relativa à situação concreta ora analisada, não se revelou suficiente à garantia dos direitos e interesses legítimos do utente;
144. Na medida em que o prestador não acautelou o devido acompanhamento do utente, de modo a que esta fosse tratado com correção técnica e em tempo útil.
145. Com efeito, recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados, que implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, de normas de acreditação e certificação, é, indubitavelmente, uma garantia de um acesso aos cuidados qualitativamente necessários e adequados.
146. Sendo esta vertente uma preocupação amplamente reconhecida e incorporada nas boas práticas clínicas, bem como nas mais diversas orientações emitidas pelas entidades competentes.
147. Na medida em que a existência e conhecimento de procedimentos é uma garantia de qualidade da prestação de cuidados de saúde, que diminui os riscos à mesma associados, previne a ocorrência de erros por parte dos diversos profissionais envolvidos, promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
148. Aliás, conclusão esta partilhada pelo Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde que, recorde-se, refere 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”.

149. O HSB, à data dos factos, tinha já implementado o Sistema de Triagem de Manchester, tendo por isso definido um procedimento específico para o serviço de urgência;
150. No entanto, é aparente que, no caso específico, ora em análise, os procedimentos não foram corretamente seguidos.
151. Certo é que, nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos, nas mais diversas áreas de intervenção, sem que se garanta, paralelamente, que os mesmos são efetivamente aplicados, em todos os momentos e em todas as dimensões da atuação dos prestadores, nos cuidados que prestam aos utentes.
152. Admite-se que no dia em causa possa ter existido um “pico de afluência”, que pela sua natureza imprevista, possa ter afetado negativamente, o serviço de urgência no dia em causa.
153. No entanto, sempre se dirá que estando em causa um serviço dinâmico, que pelas suas características sujeito a alguma imprevisibilidade;
154. Mal se compreende que não tenham sido tomadas medidas imediatas para fazer face a afluência ao serviço de urgências no dia em causa.
155. E que permitam de forma efetiva a destrinça das situações efetivamente relacionadas com razões sazonais associadas a “extremos de temperatura”, daquelas outras situações relativas a patologias não associadas a qualquer sazonalidade.
156. Ademais, os hospitais tinham já sido informados, através do Plano de Prevenção e Resposta para o outono/inverno, da DGS, de 17 de dezembro de 2014, da possibilidade de existir um aumento de afluência de utentes durante o período de gripe.
157. E de quais as medidas a tomar caso ocorresse um pico de afluência, que passamos a recordar:
- a) Reforço das equipas;
 - b) Aumento do número de gabinetes/espços de atendimento;
 - c) “Turnover” de macas com transferência dos doentes para camas.
158. Ao que acresce que no Despacho n.º 4113 – A/2015, de 23 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foi determinado que “*Todos os serviços e*

estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem assegurar, de forma eficaz, os Planos de Contingência de Temperaturas Extremas Adversas — Módulos de Calor e de Inverno, da Direção -Geral da Saúde (DGS), devendo elaborar e implementar Planos de Contingência específicos de acordo com a realidade local’.

159. Sendo certo que, apesar de no Despacho se designarem os picos de afluência sazonal como justificando planos de contingência, não devem ser endogeneizados como tal pelos intervenientes, pois não são verdadeiras situações excecionais não expectáveis.
160. O que significa que, os planos determinados pelo referido Despacho devem ser o mais concretos possível e aptos a uma correta e eficaz implementação.
161. O que deverá ser suficiente e necessário para que o HSB previna a ocorrência de situações idênticas, quando reunidas as condições similares às manifestadas pelo utente.
162. Devendo garantir que todos os seus profissionais adequem a sua conduta aos procedimentos em vigor naquela unidade de saúde, independentemente de quaisquer (eventuais) vicissitudes de organização e articulação dos profissionais, quando confrontados com picos de afluência nas urgências.
163. Pois não será de modo algum admissível que cuidados de saúde com diagnóstico equivalente, obtenham resposta distinta, motivada por variáveis não relacionadas com razões de ordem clínica.
- Ora,
164. Considerando que, à luz de todo o enquadramento normativo descrito *supra*, e as obrigações da Rede de Serviços de Urgência que estabelece que os SU têm como missão o atendimento e o tratamento de situações urgentes;
165. Considerando que os utentes têm o direito a serem tratados pelos meios adequados, humanamente, com correção técnica, privacidade e respeito;
166. Considerando que, os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde da Rede de Serviços de Urgência, tinham já na sua disponibilidade todos os mecanismos, que lhes asseguravam o conhecimento, e conseqüentemente a obrigação, de preparar e planear a resposta dos serviços, perante a perspectiva de um aumento da afluência aos serviços;
167. Isto porque, apesar de ter sido fixado um período de adaptação para incorporação e cumprimento respetivo, certo é que o atendimento em SU foi sendo objeto de medidas, legais e regulamentares, para melhoria do acesso e qualidade da prestação de

cuidados de saúde focada nos níveis de responsabilidade nos SU, no estabelecimento de padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e na definição de processos de monitorização e avaliação;

168. Considerando que incumbe à ERS, no âmbito das suas atribuições “*zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação*”, nos termos da alínea a) do artigo 19º dos Estatutos da ERS;

169. Considerando em especial:

(i) a importância da implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência, nomeadamente do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar;

(ii) a obrigatoriedade dos hospitais cumprirem as determinações do Sistema Triagem de Manchester, e mais concretamente aquelas agora estabelecidas no Despacho n.º 1057/2015, de 12 de fevereiro;

(iii) que os serviços e estabelecimentos do SNS devem adotar, entre outras, medidas que permitam uma adaptação célere às maiores necessidades de resposta em Serviços de Urgência, através de organização dos recursos humanos, do aumento do número de triadores e/ ou terem anexa à escala de urgência, médicos de prevenção para substituir os médicos que eventualmente adoecem, bem como os materiais indispensáveis à afluência registada;

(iv) e ainda a obrigatoriedade, imposta pelo Despacho n.º 4113-A/2015, de 23 de abril, dos serviços cumprirem com os Planos de Contingência específicos de acordo com a realidade local.

Conclui-se, assim, que:

170. O ordenamento jurídico dispõe já dos instrumentos normativos relevantes e necessários, pelo que se impõe o escrupuloso cumprimento da legislação aplicável, garantindo-se a sua efetiva implementação;

171. Já foram adotados os meios e instrumentos necessários à monitorização do cumprimento das medidas de prevenção já anteriormente fixadas e de reação ao sucedido, através da intervenção das entidades responsáveis em matéria de política de saúde;

172. E por isso compete agora aos estabelecimentos da Rede de Serviços de Urgência, a otimização, aos mais diversos níveis, da implementação de procedimentos internos,

formação dos funcionários e bem assim da reorganização dos recursos humanos disponíveis em prol da maximização da eficiência.

173. Mais ainda, e também por estas razões, reforça-se que os estabelecimentos da Rede de Serviços de Urgência deverão direccionar esta mesma intervenção para o reforço de implementação de um conjunto de medidas de prestação de informação, tornando-a pedra basilar da efetiva proteção do direito de acesso dos utentes;
174. O que poderá ser alcançado através da necessidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, *in casu* o HSB, afixarem em locais visíveis, e no formato que considerarem mais oportuno e eficaz, informação relativa aos tempos de espera expectáveis, em cada dia, e consoante a cor atribuída pelo sistema de triagem de Manchester.
175. Deverá ser igualmente de refletir a possibilidade, de tal informação vir a conter os tempos de espera, que naquele momento se verifiquem, em outros serviços de urgência e/ou serviços de atendimento permanente que integrem a Rede de Serviços de Urgência das áreas contíguas, o que poderá permitir 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, em respeito do exercício quer do seu direito à informação, quer da sua liberdade de escolha;
176. Pelo que o prestador em causa poderá, designadamente aproveitar os recursos existentes, mormente os da já existente Rede de Serviço de Urgência, para acolher de forma plena uma atuação que garanta a existência de:
- a) Sistemas internos de alerta para comunicar situações de rutura;
 - b) Sistemas de comunicação para solicitação de colaboração dentro da mesma ARS;
 - c) Mecanismos de alerta aos utentes.
177. Diga-se ainda que, quanto ao direito ao acompanhamento e ao direito à informação prestada aos utentes e acompanhantes, que a “*afluência anormal*” ao Serviço de Urgência, não pode servir para que os legítimos direitos do utentes sejam de alguma forma limitados.
178. Do que foi possível apurar, a situação de tanto aplicar-se, tornou-se “*habitual*” e, por isso, merecedora de uma necessária intervenção da ERS, de forma ao prestador acomodar de facto o seu comportamento em matéria de garantia em permanência do

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.

179. Assim, e para além do esforço informacional dos utentes, reiteradamente promovido pela ERS, dá-se por assente que quanto mais e melhor informados se encontrem os utentes, menor será a possibilidade de ocorrência de adulterações de procedimentos que lhes reduzam os seus direitos de acesso, tudo concorrendo para a melhoria e evolução contínua do sistema de saúde (e *in casu* do SNS).

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

180. 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 chamado a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E..

181. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou em 02 de julho de 2015, a pronúncia do prestador, datada de 26 de junho de 2015.

IV.1 Da pronúncia do prestador

182. Em sede de audiência dos interessados veio Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., dizer o seguinte:

“[...]”

- *A publicação do Despacho n.º 342-C/2015 de 13 Janeiro de 2015, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, que excecionalmente e, cumpridas as condições nele impostas, permitiu a esta instituição hospitalar reforçar meios humanos nos serviços de urgência adulta e pediátrica. Deste modo a equipa de enfermagem foi reforçada e a retriagem passou a ser efetuada conforme o previsto no 'protocolo' da triagem de Manchester.*
- *Em relação aos Pontos 19 e 21, importa informar que no algoritmo de triagem utilizado (dor abdominal – em anexo 1) do programa da triagem de Manchester, não está prevista a avaliação da FC, TA e Sat., como tal, não poderia ter sido efetuado pela equipa de triagem.*
- *No que concerne ao Ponto 20, refere-se que as auditorias internas e externas são efetuadas de forma regular, da qual se junta evidência em anexo 2.*

- *Refira-se também que relativamente ao Ponto 22, existiu sempre o equipamento considerado necessário para monitorização hemodinâmica nos Gabinetes de triagem.*
- *No Ponto 116 e, relativamente à alteração de fluxos para inclusão de mcdt's, o serviço de urgência tem implementado, desde 2013, o pedido de mcdt's no algoritmo da dor torácica que não está incluído no modelo original do protocolo da triagem de Manchester e que se junta em anexo 3, em conformidade com as normas constantes do posterior despacho 1057/2015, de 2 de Fevereiro. [...]” – cfr. pronúncia do Centro Hospitalar de Setúbal, em sede de audiência dos interessados, de 26 de junho de 2015, junto aos autos.*

IV.2 Análise dos fundamentos da pronúncia do prestador

183. Cumpre analisar os elementos invocados na pronúncia do prestador, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação projetada.
184. Quanto à questão das variáveis fisiológicas não preenchidas, refira-se que já aquando da análise e pronúncia do perito da ERS havia sido referido que “*não constam as variáveis fisiológicas (FC, TA e Sat) determinantes para avaliação do quadro clínico, sendo certo que o registo das mesmas dependerá do algoritmo que é escolhido pelo enfermeiro da triagem [...]*”.
185. Quanto ao demais, foram consideradas e ponderadas, pela ERS, as declarações prestadas na pronúncia do CHS;
186. Verificando-se, em síntese, que não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação.
187. E mesmo considerando que o prestador apresentou um conjunto de medidas já em execução, que são demonstrativas da intenção de adequação do seu comportamento ao projeto de deliberação da ERS;
188. No caso em apreço, porque importa garantir a efetiva continuidade das diligências já iniciadas para cumprimento da presente deliberação, e assegurar a adequação integral e permanente do comportamento do prestador, para que no futuro se possa aferir se as diligências levadas a cabo se coadunam com o conteúdo da referida intervenção;
189. Verifica-se a necessidade de manutenção dos termos da instrução, tal como projetada e notificada no que respeita às medidas a implementar no serviço de urgência.

V. DECISÃO

190. Tudo visto e ponderado, 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 na 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 Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. – Hospital de S. Bernardo, nos seguintes termos:

a) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. 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) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. 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;

c) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. 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) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. 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) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. deve instituir um procedimento apto a poder informar, de forma imediata, a ARSLVT 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 redireccionamento de utentes, a fazer face a um tal excesso de procura;
- f) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E deve instituir um procedimento apto a poder informar, de forma imediata, a ARSLVT, 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) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. deve 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;
- h) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. deve garantir 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;

- i) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. deve afixar informação relevante, em local acessível aos utentes, sobre o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde;
- j) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. deve alterar a informação adotada e difundida internamente, bem como a informação prestada aos utentes, entre outras, a prestada no Guia de Acolhimento do Serviço de Urgência Geral, no sentido de a conformar com o prescrito com as regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, designadamente de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- k) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. deve garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos adotados e a adotar para cumprimento da instrução, sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais de saúde;
- l) O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. deve dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos, medidas e auditorias adotados quer para cumprimento da instrução, quer para cumprimento dos Despachos e normas referidas na alínea d) *supra*;
191. 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*”;
192. Mais delibera o Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, proceder à abertura de um processo de monitorização da atuação do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., para garantia que a mesma se coaduna com o quadro legal *supra* apresentado, no que se refere aos cuidados prestados no serviço de urgência;
193. Será dado conhecimento da presente deliberação ao Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, à Administração Regional de Saúde, territorialmente competente, à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Enfermeiros atentas as respetivas competências;

194. A versão não confidencial da presente deliberação será publicitada no sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde na Internet.

O Conselho de Administração.

Porto, 29 de julho de 2015.