

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 - E;

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 Garcia de Orta, E.P.E. (doravante HGO) –, por facilidade, identificado como ERS/007/2015 – E.

I.2. Da notícia apensada ao ERS/007/2015 e relativa ao direito ao acompanhamento

4. A ERS tomou conhecimento do teor da notícia veiculada pelos meios de comunicação social relativa à atuação do HGO.
5. Da referida notícia decorre que o prestador referido criou, recentemente, novas regras e novos horários em matéria de acompanhamento de utentes no Serviço de Urgência, os quais podem estar em desacordo e não se coadunar com a legislação em vigor, em especial, com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
6. 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.
7. Considerando que a ERS, ao abrigo das suas atribuições e competências, se encontra já a analisar, no âmbito do presente processo de inquérito, a temática do funcionamento e cumprimento de protocolos, regras e procedimentos no Serviço de Urgência;
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, procedeu-se ao seu arquivamento e apensação ao processo de inquérito aberto sob o

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 Supervisão do Sistema de Saúde.

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 Hospital Garcia de Orta, E.P.E., com o NIPC 506361470, está registado sob o n.º 10931, e é detentor de um estabelecimento sito na Av. Torrado da Silva, em Almada;
- (ii) no pedido de elementos ao HGO, datado de 14 de janeiro de 2015 e 19 de janeiro 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, em 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 F.

10. No seguimento das notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, em 13 de janeiro de 2015, a ERS tomou conhecimento dos factos relativos ao falecimento de um utente, que terá aguardado cerca de três horas no serviço de urgência do HGO, tendo falecido enquanto aguardava a primeira observação médica.

II.2. Da notícia relativa à utente MV.

11. Posteriormente, e mais uma vez no seguimento das notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, em 18 de janeiro de 2015, teve a ERS conhecimento dos factos relativos ao falecimento de uma utente, que terá aguardado cerca de oito horas no serviço de urgência do HGO, tendo acabado por falecer.

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

II.3. Da notícia relativa ao direito ao acompanhamento

12. Ainda, em 25 de abril de 2015, foi veiculada pela comunicação social a seguinte notícia:

“[...] O Hospital Garcia de Orta, em Almada, decidiu criar um horário que restringe a possibilidade de os doentes atendidos na urgência geral poderem contar sempre com um acompanhante. As regras não se aplicam apenas às áreas mais críticas e abrangem todo o serviço: ambulatório, área de observação clínica e internamento. Nas paredes do hospital é possível ver cartazes com as normas. No ambulatório, por exemplo, tal como a lei prevê, «cada doente tem direito à permanência de um acompanhante». Só que, logo de seguida, acrescenta-se que «os acompanhantes não poderão permanecer do interior do serviço de urgência das 7h30 às 10h00, das 15h00 às 17h00 e das 22h às 24h00». A única «exceção» é para os «acompanhantes de doentes do foro da saúde mental, de doentes confusos/agitados e/ou risco de fuga». Há também horários para a área de observação clínica e para as camas de internamento na urgência. [...]”.

II.4. Das diligências efetuadas em sede de processo de inquérito

II.4.1. Do pedido de informação ao Hospital Garcia de Orta, E.P.E – utente F

13. Face ao conteúdo da notícia, por ofício de 14 de janeiro de 2015, foi solicitado ao HGO que prestasse a seguinte informação:

- [...] 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 11 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 10/11/12 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 10/11/12 de janeiro de 2015.*

5. *Informação sobre processo de inquérito interno aberto pelo Conselho de Administração do Hospital, 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, de 14-01-2015, junto aos autos.*
14. Em 16 de janeiro de 2015, o prestador veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] Na sequência das notícias vindas a público sobre a morte de um doente na Urgência Geral do HGO, no passado dia 11 de Janeiro, alegadamente por falta de atendimento ou falta de assistência, após 3 horas de espera, cujo nome é F., o Conselho de Administração instaurou de imediato processo de inquérito para esclarecer as circunstâncias em que tal ocorreu e se houve alguma falha ou erro.

Efetivamente conclui-se que o doente padecia de doença grave, com evolução de vários dias, com agravamento súbito e de forma fulminante, não tornando qualquer procedimento em tempo útil que evitasse a morte. Além de se ter concluído que os cuidados prestados foram adequados à situação, concluiu-se ainda que o tempo de espera não influenciou o desfecho final, nem influenciaria, mesmo que, em vez de ter esperado 3 horas, tivesse esperado apenas 1 hora, de acordo com as recomendações da Triagem de Manchester.

Em consequência o Conselho de Administração deliberou arquivar o processo, não sem que o remetesse para apreciação e desenvolvimento das competentes investigações a essa entidade, bem como, à Inspeção-Geral de Saúde, ao Ministério Público, à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Enfermeiros, manifestando toda a disponibilidade para esclarecer qualquer questão ou prestar as informações que se entenda necessárias. Neste sentido anexamos cópia do despacho de abertura bem como do relatório final do Inquérito.

Mais se informa que a afluência à urgência nesse dia não foi particularmente diferente da esperada nesta altura do ano. Contudo verificou-se um elevado número de situações graves e reanimações (15) como se poderá provar, envolvendo vários elementos da equipa médica, por períodos mais ou menos longos, em consequência das quais, resultaram ao fim do dia tempos de espera muito elevados, situação que foi controlada durante a noite.

Recorda-se que a situação desta Urgência tem vindo a ser melhorada, conforme nosso ofício nº 13292 de 28.11.2014 (Processo de inquérito Nº ERS/48/14)³ estando em curso ainda a colocação de vários especialistas de Medicina Interna, na sequência do ultimo concurso. Era nosso desejo que o processo de melhoria estivesse mais avançado, mas as limitações referidas não o têm permitido.

Junto se envia a ficha clínica do doente, bem como a informação solicitada no ponto 3 e 4. [...] – cfr. ofício remetido pelo prestador, em 16 de janeiro de 2015, junto aos autos.

15. O prestador junta ainda aos autos as conclusões do processo de inquérito interno, nos seguintes termos:

“[...] A abordagem da equipa de saúde assistencial ao Sr. F. no SU do HGO, desde o processo de triagem até à conduta médica na sala de reanimação do SU, decorreu de acordo com as boas práticas.

Lamenta-se a espera de 3 horas, apesar do STM ter atribuído ao doente a categoria de prioridade amarela – urgente com alvo ideal de atendimento de 1 hora, admissível pelas circunstâncias particulares daquele dia, com elevação pressão assistencial no SU e 15 doentes atendidos em situação crítica na sala de reanimação. No entanto, o doente esteve sempre sob vigilância no SU, enquanto aguardava observação médica.

As características do [...] com que se apresentara no SU não eram sugestivas de [...], daí a não realização inicial de um ECG.

A rotura [...], como complicação mecânica do EAMCSST, apesar do seu caráter imprevisível e inesperado, foi corretamente diagnosticada e manuseada do ponto de vista médico e o seu desfecho final (morte) está de acordo com o descrito na literatura na sua grande maioria.

A autópsia médico-legal teria decerto sido um elemento importante para a conformação da hipótese diagnóstica colocada, pesa embora a referida hipótese estar assente em critérios clínicos muito sugestivos, razão provável para a sua dispensa.

³ O ofício em causa foi remetido à ERS no âmbito do processo de inquérito junto desta entidade reguladora, com o n.º ERS/042/2014 (tendo o prestador, por lapso de escrita, indicado referência distinta), o qual, versa sobre notícia da comunicação social que relatou alegados constrangimentos no funcionamento e organização do Hospital Garcia de Orta, E.P.E., não só ao nível do funcionamento do serviço de urgência, mas também do acesso a cuidados de saúde cirúrgicos.

Se porventura o tempo de espera do [utente] no SU fosse ideal, dentro do previsto para prioridade que lhe foi atribuída (1 hora) é minha convicção que face à inesperada ocorrência desta complicação mecânica ([...]) traduzindo a complicação mais agrave do [...] (2º causa de morte [...]) com 16-21% de óbitos, mesmo em centros muito diferenciados, a situação de rotura aguda (fatal na sua grande maioria) teria tido igual consequência. A pericardiocentese efetuada em life saving neste caso, prevê, como habitualmente descrito, benefício temporário.

Ainda que medidas de estabilização hemodinâmica tendentes a transferir o doente para um centro cirúrgico cardíaco fossem bem sucedidas, a sua elevada mortalidade, mesmo em condições de otimização terapêutica, muito provavelmente teria um desfecho similar ao ocorrido. [...] – cfr. conclusões do inquérito instaurado pelo prestador, junto aos autos.

II.4.2. Do Parecer técnico elaborado por consultor médico da ERS – utente F

16. 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 a quando das triagens são objeto de auditorias internas.

Tempo de espera superior ao previsto para a cor atribuída sem avaliação médica.

Não foi efetuada retriagem. [...]” – cfr. parecer do consultor médico da ERS, de 25 de fevereiro de 2015, junto aos autos.

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

(i) 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.

(ii) 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.4.3. Do Parecer técnico elaborado por consultor enfermeiro da ERS – utente F

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

“[...] Conforme relatório da urgência e queixa do doente observada em triagem, este manifestava [...].

Foi desprezada a queixa de [...] e foi aplicado o fluxograma de [...], tendo o doente uma frequência cardíaca de [...] e saturação de [...]. Como o doente manifestava esta Dor, ela devia ser valorizada, mesmo que este não manifestasse grande preocupação, assim como os familiares. As queixas são sempre subjetivas assim como o impacto da intensidade das mesmas, cabe aos profissionais experientes ter uma observação clínica mais além das subjetivas manifestações dos doentes.

Muito importante uma observação e vigilância intensiva, a cor da pulseira era amarela-urgente, segundo a avaliação da Triagem. Devem ser monitorizados, recorrendo a equipamento específico, única forma de ter a real vigilância hemodinâmica assim como recursos humanos que as interpretem e registem. Quando no relatório é mencionado que o doente esteve sempre sob vigilância enquanto aguardava ao seu atendimento, não é observado em nenhum momento esta afirmação pois não existe nenhum registo dessa vigilância, não foi feita nova triagem após o tempo previsto para o seu atendimento, foi atendido ao fim de 3h porque o doente foi observado pela profissional de saúde que tinha uma posição incorreta e não pelo seu agravamento clínico. Por este motivo não podemos referir qual seria o real tempo de atendimento deste doente.

É sem dúvida difícil de sabermos se num atendimento mais precoce, como é mencionado no inquérito, o desfecho não seria o mesmo, não se pode é mencionar com certeza absoluta que qualquer que fosse o tempo de atendimento o desfecho era o mesmo.

A falta de um ECG poderia não dar um resultado conclusivo, mas devia ser feito. Mas para que este exame fosse feito era necessário, primeiro que na triagem a sua necessidade fosse questionada, de seguida que alguém o pedisse, depois que alguém o relatasse ou o observasse, e para tudo isto acontecer o doente tinha que ser atendido clinicamente; o que não aconteceu.

É de referir todo o atendimento feito após a observação do doente, altamente especializado e de grande dedicação, o que me leva a concluir que essa dedicação existiria se o diagnóstico do doente tivesse sido feito mais cedo, pois existiam profissionais com grandes conhecimentos de emergência cardíaca. [...]” – cfr parecer do enfermeiro consultor da ERS, de 9 de março de 2015, junto aos autos.

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

“(i) Todos os doentes a partir da triagem devem ser monitorizados de acordo com a cor e prioridade clínica;

(ii) Equipamento de monitorização hemodinâmica que permita aos profissionais de saúde uma contínua vigilância;

(iii) Existência de local de vigilância apertada para diagnósticos que podem deixar dúvidas na escolha do Fluxograma, com recursos humanos que procedam ao registo;

(iv) Registos mais completos e globalizados;

(v) Possibilidade de requisição de exames auxiliares de diagnósticos o mais precocemente possível. Espera-se com esta alternativa não transpor o tempo de espera da sala de urgência para as portas do RX. [...]” cfr. parecer do enfermeiro consultor de 9 de março de 2015, junto aos autos.

II.4.4. Do pedido de informação ao Hospital Garcia de Orta, E.P.E – utente MV

20. Já quanto à segunda situação reportada, em 19 de janeiro de 2015, foi remetido, um pedido de esclarecimento ao prestador, nos seguintes termos:

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

2. Envio de identificação da utente (nome completo, número de utente), e cópia do relatório do episódio de urgência da utente (Alert), em 17 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 no dia 17 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 no dia 17 de janeiro de 2015.

5. Seguimento dado à reclamação subscrita por J. (filho da utente), realizada em 17/01/2015, no Livro de Reclamações dessa entidade, com envio de cópia da reclamação e da resposta prestada por V. Exas. ao exponente, 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 prestador de 19 de janeiro de 2015, junto aos autos.

21. Em 28 de janeiro de 2015, o prestador veio aos autos prestar a seguinte informação:

“Relativamente ao ponto 1 do pedido, [...] aguardamos brevemente a conclusão do inquérito realizado pelo médico nomeado pelo CA deste hospital para os devidos efeitos que enviaremos o mais brevemente possível.

Relativamente aos pontos 2,3, 4, e 5 do referido pedido de informação enviamos toda a informação que consideramos relevante para essa entidade proceder à sua apreciação.

1- Anexo I (Informação e cópia do relatório da Urgência).

2- Anexo II (informação das dos doentes triados no período solicitado- dia 16 de janeiro).

3- Anexo III (numero de profissionais médicos do dia 16 de janeiro) Constituição da equipa de enfermagem Manhã -15 enfermeiros Tarde- 15 enfermeiros Noite- 11 enfermeiros.

4- Anexo IV (Reclamação e resposta dada pelo HGO,EPE).

5- Anexo V (Detalhe da atividade do Dr. J. do dia 16 de janeiro no HGO, EPE.)
[...]” – cfr. ofício, de 28 de janeiro remetido pelo prestador, junto aos autos.

22. O prestador juntou igualmente aos autos as conclusões do processo de inquérito instaurado internamente, que passamos a transcrever:

“A D. MV., tratava-se de uma doente idosa, 89 anos, acamada há já 7 meses, com múltiplas co-morbilidades e com anteriores vindas ao Serviço de Urgência, desconhecendo-se a medicação que realizava e qual o seguimento que tinha a nível dos cuidados primários.

Compreende-se que seria uma doente para ser manejada conservadoramente e provavelmente nunca teria indicação para manobras invasivas.

A triagem, por provável influência de dados fornecidos pelos Bombeiros foi feita com o discriminador menos importante na situação clínica da doente, isto é, [...] ao invés de [...].

A situação reportada neste inquérito está estreitamente relacionada com o número excessivo de doentes que se encontravam no Serviço de Urgência naquela dia, e que, independentemente da dotação de recursos humanos, como se verificava então e supostamente como suficientes, resultaria sempre numa desadequação relativa quer do espaço físico quer dos meios face à procura.

Contudo parece poder ter-se verificado uma postura pouco proactiva por parte do clínico responsável pela observação da D. M.V., comportamento inadequado a funções no serviço de urgência, pois no tempo decorrido desde a sua admissão regista-se que a terapêutica administrada foi insuficiente ou podemos mesmo dizer ausente, na sequência de um conjunto de circunstâncias desde mal entendidos até uma série de omissões e faltas, vg o seu depoimento.

Parece-me também evidente a dificuldade dos Chefes de Equipa em coordenar todos os elementos médicos da equipa sobretudo quando se tratam de elementos médicos externos à instituição sem qualquer vínculo contratual com a mesma.

Está por conhecer o resultado da autópsia em curso e solicitada ao Ministério Público e que consta do processo [...].

No entanto, salvo melhor opinião o exame pericial irá ter um carácter forense e não anatomo-clínico o que poderá não trazer nenhuma mais-valia/alteração aos considerando feitos para o caso em apreço. [...] – cfr. conclusões do inquérito instaurado pelo prestador, junto aos autos.

II.4.5. Do Parecer técnico elaborado por consultor médico da ERS – utente MV

23. 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 a quando das triagens são objeto de auditorias internas;

Tempo de espera superior ao previsto para a cor atribuída sem avaliação médica.

Não foi efetuada retriagem. [...]” – cfr. parecer do consultor médico da ERS, de 25 de fevereiro de 2015, junto aos autos.

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

(i) 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.4.6. Do Parecer técnico elaborado por consultor enfermeiro da ERS – utente MV

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

“[...] Conforme relatório da urgência e queixa da doente, observada em triagem, esta manifestava [...],[...] e [...]. Foi desprezada a queixa de [...] que seria a mais indicada, e aplicado o fluxograma de [...] com dor moderada como discriminador. Contudo foi por iniciativa da Enfermeira colocar O2 tendo em conta a falta de ar que a doente referia.

Falta de registos claros e alguns de certa gravidade, desapareceram, segundo informação mencionada no inquérito interno. Situação grave.

Falta de comunicação entre profissionais de saúde e entre estes e os familiares, alguma dessas comunicações trouxeram graves prejuízos para o doente (falta de medicação administrada a doente, chamamento da doente que não foi claramente ouvida pela família, muito fácil confundir triagem 3 com consultório 3, logo mais tempo de espera).

Postura pouco assertiva pelo clínico perante o desespero do familiar pela demora do atendimento e posteriormente pela alta administrativa por abandono, quando ainda permanecia no serviço de urgência aguardando o atendimento. Esta postura foi ainda direcionada para a enfermeira quando esta tentava remediar a situação.

Toda esta situação trouxe atraso no atendimento da doente, que não tinha nada a ver com o problema e foi a principal vítima.

Situações de conflito geram situações de conflito e instabilidade emocional que pode ser causa para bloqueio de raciocínio científico visível na clareza do diagnóstico.

Atraso irreversível nos meios auxiliares de diagnóstico.

A importância de um meio auxiliar de diagnóstico” gasometria “ foi dispensada pelo clínico justificada de maneiras diferentes e pouco convincentes.

Após observar a doente o Médico fez um correto diagnóstico, mas como não encontrou a colega especialista deixou a doente a agravar o seu estado clínico com ausência de medicação, e uma total despreocupação. Situação grave.

O Médico de serviço e responsável pelo atendimento em tempo oportuno desta doente revela durante o inquérito interno esquecimento para factos de extrema importância que coloca em situação complicada os restantes profissionais de saúde, talvez devido ao cansaço que aquela urgência provocou neste profissional Médico, o que não aconteceu aos outros profissionais que estiveram de serviço nesse mesma urgência e no mesmo dia.

Este Clínico demonstrou no Inquérito Interno falta de consciencialização para o final desta situação, em que foi um dos principais intervencionistas.

Postura adequada pelos clínicos que observaram a doente a posteriori, manifestando um correto profissionalismo que a situação assim o exige e para a qual tem preparação.

É de referenciar o número excessivo de doentes para dois profissionais de enfermagem (40 doentes para dois enfermeiros). [...]” – cfr parecer do enfermeiro consultor da ERS, de 9 de março de 2015, junto aos autos.

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

- (i) Equipa de triagem com experiência e formação contínua, sendo autênticos peritos.*
- (ii) Melhoria da comunicação entre profissionais de saúde evitando os erros clínicos ou eventos adversos que são responsáveis em número considerável por desfechos infelizes.*
- (iii) Formação em técnicas de assertividade para médicos que sem dúvida são tão necessárias como a formação científica.*
- (iv) Nem todos os profissionais têm capacidades humanas para estar num serviço de urgência, onde a adrenalina está ao máximo devido, quer a nível das situações de urgência, quer ao nível de gestão de conflitos, mesmo que o*

seu valor científico seja reconhecido. Deveria existir triagem para estas funções, com testes de capacidade humanas para a exposição a crises.

(v) As equipas Médicas deviam pertencer ao Hospital e ao serviço de Urgência, deviam ser serviços autónomos com equipas de profissionais próprias à Urgência, como acontece com os enfermeiros. Quando se contrata profissionais sem qualquer vínculo ao Hospital, é visível um elevado grau de despreocupação para com os doentes e para com os colegas.

(vi) Sobrecarga dos recursos humanos pode levar a eventos adversos. Respeitar os rácios seguros. [...]” cfr. parecer do enfermeiro consultor de 9 de março de 2015, junto aos autos.

II.4.7. Do pedido de informação ao Hospital Garcia de Orta, E.P.E – direito ao acompanhamento

27. Constatada a necessidade de enquadrar a factualidade noticiada, relativa ao direito ao acompanhamento no SU do HGO, foi solicitado ao prestador que se pronunciasse sobre a referida notícia, nos seguintes termos:⁴

[...]

- 1. Se pronunciem, de forma completa e fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, sobre a situação descrita na referida notícia.*
- 2. Envio, em suporte documental, de cópia do horário/regulamento/documento alegadamente aprovado em matéria de direito de acompanhamento no serviço de urgência;*
- 3. Descrição pormenorizada de todas as medidas adotadas em sede do horário/regulamento/documento alegadamente aprovado.*
- 4. Cópia do regulamento interno e/ou demais procedimentos internos em vigor, especificamente no que se refere ao direito de acompanhamento no serviço de urgência;*
- 5. Cópia integral das reclamações referentes ao Hospital Garcia de Orta, E.P.E, apresentadas no Livro de Reclamações ou qualquer outro suporte documental, referentes ao período compreendido entre 1 de janeiro de 2014 até à presente data,*

⁴ Note-se que a ERS tomou conhecimento desta situação através do Processo AV/080/2015, 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.

*que versem sobre o direito de acompanhamento no serviço de urgência, bem como cópia integral do tratamento dado às mesmas;*⁵

6. *Envio de todos os esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise da situação em presença. [...] cfr. pedido de elementos ao prestador, de 27 de abril de 2015, junto aos autos.*

28. Em 11 de maio de 2015, o prestador, além do envio da documentação solicitada (nomeadamente, a “*Norma de Procedimento URG-GER – 3050*”, correspondente ao teor da notícia acima citada), referiu, e para o que ao presente processo importa, o seguinte:

“[...]”

2. Norma do horário aprovado no HGO, no sentido de permitir uma melhoria do atendimento aos doentes – importa referir que esta norma é flexível e permite sempre que o doente o peça ou se as condições do doente se agravarem de ser permitida a presença de acompanhante.

6. É importante referir que (...) o espaço do Serviço de Urgência é insuficiente para ter permanentemente cerca de 12 ou 13, acrescido de mais macas em circulação, mais todos os outros doentes que estão sentados, os seus acompanhantes, os médicos enfermeiros, bombeiros etc.

A configuração do espaço do Serviço de Urgência é em forma de corredor não muito largo o que dificulta seriamente a circulação dos doentes. Neste momento temos um espaço exterior ao Serviço em que já estamos a atender os doentes do SU triados com a cor Verde e Azul da triagem de Manchester também com o objectivo de dispersar o número de doentes e acompanhantes para prestar melhores cuidados aos doentes e permitir uma melhor vigilância. [...]”. Cfr. resposta do prestador, de 11 de maio de 2015, junto aos autos.

29. Na já citada “*Norma de Procedimento URG-GER – 3050*”, lê-se, concretamente, o seguinte:

“[...]O Serviço de Urgência Geral (SUG) piso 1, divide-se em duas áreas distintas:

- *Área Ambulatória (...)*

⁵ 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 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 HGO.

- Área de Observação Clínica (...)

Na área Ambulatório o doente terá direito a um acompanhante. Existem, no entanto algumas horas do dia em que é solicitada a saída dos mesmos durante algum tempo para passagem de turno e reorganização do serviço:

- Das 07h30 às 10h00

- Das 15h00 às 17h00

- Das 22h00 às 24h00

Serão consideradas exceções, sendo permitida a sua permanência no Ambulatório a estes horários, os acompanhantes de doentes do foro da saúde mental, de doentes confusos /agitados e/ou risco de fuga.

O acesso a esta área será proporcionado através da disponibilidade de uma pulseira de identificação (Branca) (...).

Na Área de Observação Clínica, estarão os doentes com situação clínica mais grave ou urgente. Nesta área não será permitida a presença de acompanhantes. Existirá um acesso reservado a visitantes apenas em 3 momentos do dia durante os quais será também proporcionada informação do doente.

Para cada doente será permitida uma visita em cada período estabelecido. [...]” – cfr. “Norma de Procedimento URG-GER – 3050”, anexo ao ofício do prestador, de 11 de maio, junto aos autos.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

30. 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.

31. 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;

32. Consequentemente, o Hospital Garcia de Orta, E.P.E., com o NIPC 506361470, registado no SRER da ERS sob o n.º 10931, detentor de um estabelecimento, sito na Av. Torrado da Silva, em Almada, é uma entidade prestadora de cuidados de saúde.
33. 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”*.
34. 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”*;
35. 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”*;
36. 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”*.
37. 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.
38. 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.

39. 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;
40. 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

41. 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.
42. 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 gratuitidade tendencial.
43. 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”*;
44. 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”*;

45. 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;
46. 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 consequente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.
47. 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 HGO.

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

48. 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.
49. 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.
50. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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.

55. 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.
56. 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.
57. 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.
58. 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”*.
59. 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.
60. 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.
61. 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.
62. 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.

63. 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.
64. 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.
65. 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;
66. Sendo que tais características devem revelar-se em todos os momentos da relação.
67. 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.
68. 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;
69. Só assim se logrará obter a referida transparência na relação entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.
70. 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,
71. E nesse sentido, passível de distorcer os legítimos interesses dos utentes.
72. 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;
73. 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;

74. 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,
75. 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

76. 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 setembro⁶.
77. 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.
78. 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.
79. 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 acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.*”
80. 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*”
81. Todavia, a Lei também refere que a natureza do parentesco ou da relação com o utente não pode ser invocada para impedir o acompanhamento.
82. Por outro lado, os limites ao direito de acompanhamento estão expressamente consagrados.

⁶ 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.

83. 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”.

84. 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.”.*

85. 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;

86. 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.

87. 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.

88. 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.”*⁷.

89. 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,

⁷ 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.

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”*;

90. 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

91. 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.⁸
92. 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.
93. 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).
94. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
95. O Sistema Integrado de Emergência Médica foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto⁹, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface*

⁸ 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

⁹ Publicado no DR, II Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014.

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”.

96. 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.”*
97. 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.
98. 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).*
99. 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).

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

100. 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 perspectiva de um aumento de incidência de Infecções respiratórias.”*.

101. 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 [...]”*.

102. 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

103. 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;

104. 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

105. 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.

106. 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 autos.¹⁰

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

107. 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.”*.

108. 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.”*.

109. 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 [...]”*;

110. 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*

¹⁰ 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.”;

111. 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.”;
112. 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.”.
113. 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

114. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico¹¹,

“[...] 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.[...]”.

¹¹ Sobre este assunto ver <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

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

115. 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;
- f. Lombalgia intensa;
- g. Lesões articulares traumáticas;

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”

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

116. 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

117. 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;

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

119. 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”*.
120. 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.
121. 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 às ocorridas.
122. No que se refere ao direito de acompanhamento no SU do HGO, foi possível apurar dos factos trazidos ao processo, que o prestador, em 16 de março de 2015, aprovou um procedimento que limita o acompanhamento dos utentes no SU.
123. Com efeito, refere a norma de procedimento *URG-GER – 3050 “Na área Ambulatório o doente terá direito a um acompanhante. Existem, no entanto algumas horas do dia em que é solicitada a saída dos mesmos durante algum tempo para passagem de turno e reorganização do serviço:*
- Das 07h30 às 10h00
 - Das 15h00 às 17h00
 - Das 22h00 às 24h00. [...]” – cfr. norma de procedimento *URG-GER – 3050*, junto aos autos.
124. 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.
125. 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.”

126. 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.
127. Especialmente em situações, em que os utentes estão mais fragilizados, quer pela sua condição clínica, quer pela situação de dependência.
128. Assim, recai sobre o HGO 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.
129. Face a todo o exposto, foi possível concluir que a atuação apurada nos autos, seja a reportada através dos meios de comunicação social, seja em termos das orientações e regras internamente definidas e difundidas para conhecimento dos profissionais de saúde, utentes e demais público, o prestador não garante a total acomodação do seu comportamento ao regime jurídico estabelecido na Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
130. 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”.
131. 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.
132. Pelo que, e por todo o exposto, torna-se premente que o HGO 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.
133. No que se refere ao episódio relatado nas notícias e relativo ao utente F., do que resulta da análise dos factos recolhidos no decurso da diligências encetadas pela ERS,
- (i) o utente deu entrada no SU às 19h16, foi triado com pulseira amarela (fluxograma - [...] / discriminador [...]).

- (ii) de acordo com o sistema de triagem de Manchester o tempo-alvo para a 1ª observação do utente seria 1 hora;
 - (iii) cerca das 22h20m, ainda sem observação médica, apesar de ter dado entrada cerca de 3 horas antes, foi encontrado pela enfermeira “anormalmente sentado, obnubilado, pálido, suado, referindo sensação de mal estar geral.”;
 - (iv) foi então encaminhado para sala de reanimação, onde foram realizados exames complementares e iniciou terapêutica;
 - (v) cerca de 10 minutos, após ter dado entrada na sala de reanimação, entrou em paragem cardiorrespiratória;
 - (vi) foram realizadas manobras de SAV, durante 50 minutos, sem sucesso;
 - (vii) o óbito foi declarado às 23h24;
 - (viii) não existem registos de observação médica, desde entrada do utente no serviço de urgência, até ao seu encaminhamento para a sala de reanimação;
 - (ix) no diagnóstico de saída pode ler-se “[...] (em investigação).”.
134. 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.
135. Com efeito, o utente apenas foi encaminhado para a sala de reanimação por “*se encontrar anormalmente sentado, e não por agravamento do seu estado de saúde*”
136. De acordo com a informação prestada pelo HGO, “*o [...] não eram sugestivas de [...], daí a não realização de um ECG.*” – cfr. conclusões do HGO, anexas ao ofício de 16 de janeiro de 2015, junto aos autos;
137. Refira-se ainda que ultrapassado o tempo-alvo para observação clínica (60 minutos) nos termos da Triagem de Manchester, o utente não foi sujeito a retriagem;
138. Refere o HGO que o utente “*esteve sempre sob vigilância no SU, enquanto aguardava observação médica. [...]*”.
139. Não foi no entanto possível constatar a existência da monitorização realizada ao utente.
140. Com efeito, e de acordo com o parecer do enfermeiro consultor da ERS, os utentes *devem ser monitorizados, recorrendo a equipamento específico, única forma de ter a real vigilância hemodinâmica assim como recursos humanos que as interpretem e registem.*”;

141. Pelo que *“todos os doentes a partir da triagem devem ser monitorizados de acordo com a cor e prioridade clínica”,* através de *“Equipamento de monitorização hemodinâmica que permita aos profissionais de saúde uma contínua vigilância”* – cfr. parecer do enfermeiro consultor da ERS, de 9 de março de 2015, junto aos autos.
142. Por seu turno, o consultor médico da ERS considerou que a escolha dos algoritmos durante a triagem deve ser permanentemente objeto de monitorização e auditoria interna e externa;
143. Ou seja, *“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.”,* e *“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.
144. Já relativamente à situação da utente MV., do que resulta da análise dos factos recolhidos no decurso da diligências encetadas pela ERS,
- (i) a utente deu entrada no SU às 12h00, tendo sido triada com pulseira amarela (fluxograma – [...] / discriminador [...]).
 - (ii) de acordo com a análise do relatório de urgência, a utente refere também [...], no entanto, esta queixa não é valorizada;
 - (iii) a utente foi observada pelas 20h44, cerca de 8 horas depois de ter dado entrada no SU;
 - (iv) foram solicitados os seguintes exames complementares: RX tórax, análises e ECG;
 - (v) cerca da 1h50m, a utente foi levada para a sala de reanimação por agravamento da [...] seguida de [...];
 - (vi) o óbito foi declarado pelas 02h05;
 - (vii) refira-se ainda que, de acordo com os registos, pelas 19h23m foi dada alta à doente (contra parecer médico), uma vez que a utente não respondeu à chamada, para consulta clínica;
 - (viii) o processo foi reaberto cerca das 20h44m. cfr. – processo de inquérito instaurado pelo HGO, anexo ao ofício do prestador de 28 de janeiro de 2015, junto aos autos;
 - (ix) de acordo com o também apurado, o processo apenas foi reaberto por insistência do acompanhante da utente;

(x) refira-se ainda que existiu um tempo de espera superior a 2 a 3 horas para a realização dos exames de diagnóstico, que só foram analisados pelas 01:25h.

145. Pelo exposto, contata-se que a conduta do HGO, também em relação a esta utente, não se revelou suficiente à garantia dos direitos e interesses legítimos da utente;
146. Na medida em que o prestador não acautelou o devido acompanhamento do utente, de modo a que este fosse tratado com correção técnica e em tempo útil.
147. 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;
148. Sendo esta vertente uma preocupação amplamente reconhecida e incorporada nas boas práticas clínicas, bem como nas mais diversas orientações emitidas pelas entidades competentes.
149. 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.
150. 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”*.
151. O HGO, à data dos factos, tinha já implementado o Sistema de Triage de Manchester, tendo por isso definido um procedimento específico para o serviço de urgência;
152. No entanto, é aparente que, no caso específico, ora em análise, aqueles procedimentos não foram corretamente seguidos.

153. 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.
154. Admite-se que nos dias em causa possa ter existido um “pico de afluência”, que pela sua natureza imprevista, possa ter afetado negativamente, o serviço de urgência nos dias em causa;
155. No entanto, sempre se dirá que estando em causa um serviço dinâmico, que pelas suas características sujeito a alguma imprevisibilidade;
156. Mal se compreende que não tenham sido tomadas medidas imediatas para fazer face a afluência ao serviço de urgências no dia em causa.
157. E que permitam de forma efetiva a destrição das situações efetivamente relacionadas com razões sazonais associadas a “extremos de temperatura”, daquelas outras situações relativas a patologias não associadas a qualquer sazonalidade.
158. 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;
159. 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;
160. 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”*;
161. 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;

162. O que significa que, os planos determinados pelo referido Despacho devem ser o mais concretos possível e aptos a uma correta e eficaz implementação;
163. O que deverá ser suficiente e necessário para que o HGO previna a ocorrência de situações idênticas, quando reunidas as condições similares às manifestadas pelo utente;
164. Devendo garantir que todos os seus profissionais adequam a sua conduta aos procedimentos em vigor naquela unidade de saúde, independentemente de quaisquer (eventuais) vicissitudes de organização e articulação dos profissionais, quando confrontados com picos de afluência nas urgências.
165. 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,

166. 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;
167. Considerando que os utentes têm o direito a serem tratados pelos meios adequados, humanamente, com correção técnica, privacidade e respeito;
168. 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 planejar a resposta dos serviços, perante a perspectiva de um aumento da afluência aos serviços;
169. 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;
170. 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;
171. 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, 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

172. 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;

173. 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;

174. 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.

175. Mais ainda, e também por estas razões, reforça-se que os estabelecimentos da Rede de Serviços de Urgência deverão direcionar 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;

176. O que poderá ser alcançado através da necessidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, *in casu* o HGO, 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.

177. 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;
178. 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.
179. 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.
180. 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.
181. Recorde-se que no caso da utente MV, foi dada alta à utente, que se encontrava deitada em maca, e o processo apenas foi reaberto por solicitação do seu acompanhante.

182. Pelo que é fundamental garantir a presença, permanente, dos acompanhantes, em especial em alturas de maior afluência, para impedir que situações como a descrita se repitam
183. Efetivamente, 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

184. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o exponente que apresentou uma reclamação relativa ao atendimento prestado à utente MV. e o prestador.
185. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou, em 9 de julho de 2015, a pronúncia do prestador, datada de 06 de julho de 2015.

IV.1 Da pronúncia do prestador

186. Em sede de audiência de interessados, veio o prestador pronunciar-se nos seguintes termos:

"[...]1. Muito embora a factualidade subjacente ao processo de inquérito em apreço tenha já sido alvo de esclarecimentos prestados por parte do HGO, plasmados no projeto de deliberação, ora objeto de pronúncia, considera-se, nesta sede, ser relevante aduzir novos contributos por forma a clarificar as situações sub judice.

Assim,

2. No que respeita à assistência médica prestada ao utente F.:

2.1. Relativamente à questão da "monitorização de acordo com a cor e prioridade clínica", há que salientar que é incomportável proceder à monitorização intensiva de todos os doentes triados como urgentes ou muito urgentes, em espera para observação médica e/ou tomada de decisão, bem como se qualifica de inexequível a sua monitorização hemodinâmica. Atualmente o procedimento instituído no Serviço

de Urgência (de ora em diante "SU") do HGO prevê o encaminhamento de todos os doentes com dispneia, triados como urgentes ou muito urgentes, para uma zona no interior do serviço, denominada "Área de Observação Clínica", por forma a permitir a sua observação permanente por parte dos profissionais de saúde, o que se verificou ao contrário do que se infere do projeto de deliberação.

Neste caso concreto, não foi realizada a retriagem pelo facto de o utente não apresentar agravamento do seu quadro clínico, sendo que quando este se verificou, o mesmo foi encaminhado para a sala de reanimação para observação imediata.

2.2. Relativamente à aplicação do "fluxograma de Dispneia", recorde-se que o utente apresentava dois sintomas quando chegou à presença do enfermeiro triador, ora, é recomendação comum que, de acordo com a sua experiência, o profissional proceda à valorização da sintomatologia que se considera mais significativa no momento, pelo que nesta situação concreta se escolheu o sintoma mais relevante naquela ocasião: a [...]. De acordo com uma avaliação A, B, C, D, e E (Via Aérea, Respiração, Circulação, Estado Neurológico, Exposição/Temperatura) a valorização da respiração (B), onde se enquadra a [...], é prioritária relativamente às subsequentes, como resulta do protocolo da Triagem de Manchester.

Há que ter presente o facto de o utente apresentar, aquando da sua observação na triagem, uma saturação de oxigénio entre [...] e [...]; Ora, se o registo do enfermeiro triador se situasse nos [...] ou [...], o utente poderia ter sido triado com a cor verde (prioridade pouco urgente). A escolha do valor de SAT mais baixo revela, deste modo, o zelo e a preocupação do profissional de saúde com a situação clínica do utente, considerando-a uma situação urgente (atribuindo-lhe a cor amarela).

2.3. Quanto ao "registo de triagem", cumpre referir que o registo dos sinais vitais (FC, TA, SAT) só é realizado nos fluxogramas que o solicitam. É de salientar que, no caso em apreço, a FC e a SAT encontram-se devidamente registados; De outro modo não seria possível progredir no fluxograma. No que diz respeito à TA, esta não é solicitada em nenhum dos fluxogramas da Triagem de Manchester.

2.4. O processo de inquérito instaurado pelo Conselho de Administração do HGO a esta ocorrência, não obstante se encontrar já concluído, tendo este órgão deliberado pelo seu arquivamento, foi avocado pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (de ora em diante "IGAS"), nos termos do disposto na alínea f) do n.º 1 do artigo 4.2 do Decreto-Lei n.º 33/2012, de 13 de Fevereiro (Lei Orgânica da IGAS), entidade que procedeu a novas diligências instrutórias. Finda as mesmas, foi proferido despacho de arquivamento pela Senhora Inspetora-Geral, datado de 29.05.2015.

3. No que respeita à assistência médica prestada à utente M.:

3.1. Relativamente à valorização das queixas que a utente apresentava, aquando da triagem, de que resultou a aplicação do fluxograma de [...] com dor moderada como discriminador, cumpre esclarecer que, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, "o identificação do problema é feita através do próprio utente, das pessoas que lhe prestam cuidados e/ou qualquer pessoal de saúde pré hospitalar" [in Manual do Formando - Triagem de Manchester). Ainda no mesmo Manual "... em termos gerais a Triagem de Manchester tenta fornecer não um diagnóstico mas sim uma prioridade clínica baseada apenas na identificação de problemas. A identificação destes problemas corresponde ao principal sinal ou sintoma identificado pelo utente/acompanhante".

Na situação em apreço, tendo por base as informações fornecidas, o enfermeiro triador entendeu que a queixa era de [...], na sequência de hipertensão arterial, sendo que a [...] correspondia apenas a um (sintoma associado (como descrito na "queixa" constante do relatório do episódio de urgência). A análise retrospectiva não pode prever com exatidão a prioridade clínica real.

3.2. No que respeita à referência no parecer do consultor enfermeiro da ERS sobre "...o número excessivo de doentes para dois profissionais de enfermagem (40 doentes para dois enfermeiros)..." (vide o § 14 do ponto 25 do projeto de deliberação), esclarece-se que, nem na presente data, nem à data dos factos, se verifica no SU do HGO um rácio desta ordem, pese embora pontualmente a mesma possa acontecer. Tanto mais que as dificuldades de recrutamento e as limitações legais e administrativas à sua resolução são sobejamente conhecidas, pelo seu âmbito transversal e nacional

3.3. Quanto à constituição das equipas médicas, sublinhe-se que a escolha de médicos prestadores para o exercício de funções no SU é objeto de criteriosa seleção, na qual se pondera a experiência profissional, mediante avaliação curricular, sendo, também, realizada uma entrevista para apreciação do perfil do médico.

A este respeito concorda-se que estas equipas deveriam ser constituídas por profissionais dedicados exclusivamente à Urgência, estando o HGO a tentar atingir esse desiderato desde há quatro anos, contudo sem sucesso, uma vez que até ao momento só foi possível afetar ao SU cinco elementos, não se conseguindo, portanto, garantir a sua constituição numérica básica.

Saliente-se, no entanto, que nos termos do n.º 2 do artigo 23.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de Agosto, o HGO dispõe de um prazo de três anos, a contar da

data de entrada em vigor deste diploma, para constituir equipas de profissionais dedicados à Urgência, com a formação mínima prevista no artigo 21.º do enfocado Despacho.

Por outro lado, e não despreciando, são os esforços constantes deste conselho de administração na abertura, (re)abertura de procedimentos concursais tendentes à solução da questão, mas também eles, ficando, recorrentemente desertos, quer em função das desconformidades do mercado, quer pelas preferências de colocação dos médicos.

3.4. O processo de inquérito instaurado pelo Conselho de Administração do HGO a esta ocorrência, não obstante se encontrar já concluído, tendo este órgão deliberado pelo seu arquivamento/foi avocado pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (de ora em diante "IGAS"), nos termos do disposto na alínea f) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 33/2012, de 13 de Fevereiro (Lei Orgânica da IGAS), entidade que procedeu a novas diligências instrutórias. Finda as mesmas, foi proferido despacho de arquivamento pela Senhora Inspetora-Geral, datado de 29.05.2015.

4. No que respeita ao direito de acompanhamento no SU:

4.1. O SU do HGO apresenta constrangimentos físicos, respeitantes à exiguidade e disposição do espaço que, frequentemente, dificultam o exercício do direito de acompanhamento. De facto, constatou-se inúmeras vezes que o exercício deste direito conflitua com a própria prestação de cuidados de saúde, pela sua natureza urgentes, uma vez que não se encontravam asseguradas as condições básicas de segurança para os doentes e acompanhantes, nem para os profissionais de saúde. Ao que acresce que o cumprimento das boas práticas de controlo de infeção estava posto em causa devido à permanência de um elevado número de pessoas por m2, sem condições de controlo do ar e de temperatura adequados, etc. Por forma a obviar a estas situações, procurou-se através da Norma de Procedimento URG-GER - 3050 regular o exercício do direito de acompanhamento previsto na Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, por forma a possibilitar o seu exercício efetivo, sem contudo por em causa o core da atividade desenvolvida no SU, ou seja, a prestação de cuidados de saúde a doentes em situação de urgência e emergência.

Neste sentido procedeu-se à definição de áreas distintas, como sejam a Área Ambulatória e a Área de Observação Clínica, permitindo-se, por um lado, a permanência de um acompanhante, no caso dos doentes em observação na primeira, restringindo-se, por outro lado, o direito de acompanhamento aos doentes que estão na segunda, por estes apresentarem uma situação clínica mais grave,

circunstância que determina um acesso mais reservado que se consubstancia no direito de o doente receber visitas em três períodos distintos ao longo do dia.

4.2. De salientar a este propósito que a existência de alguns períodos em que é solicitada a saída dos acompanhantes, os mesmos coincidem com os horários de passagem de turno de todos os profissionais de saúde que exercem funções no SU e têm como objetivo permitir a reorganização do serviço no final/ início de cada turno, por forma a otimizar os cuidados prestados aos doentes em atendimento e sem o risco de perda da comunicação inerente.

4.3. Salvo melhor opinião, tal circunstância não configura qualquer restrição ao exercício do direito de acompanhamento legalmente previsto, conformando-se antes como um limite legal a esse direito previsto no n.º 2 do artigo 14.º da Lei n.º 15/2014.

4.4. Note-se que, por um lado, a "regulamentação" interna ao exercício do direito de acompanhamento, prevê exceções, sendo permitida a permanência de acompanhantes durante todo o tempo na Área Ambulatória no caso de doentes do fora de saúde mental, de doentes confuso/ agitados e / ou em risco de fuga. Por outro lado, em cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 15.º da Lei n.º 15/2014, os acompanhantes quando reentram no SU, após a passagem de turno, recebem a informação sobre o estado clínico do utente, prestada pelos profissionais de saúde.

4.5. Ou seja, ainda que se possa entender, o que não se concede, que possamos estar perante uma restrição, a mesma, como se viu, significa o resultado de um conflito de deveres entre a prestação de cuidados de saúde versus o valor da vida, o que sempre determinará/ determinaria o prejuízo daquele em prol deste.

5. Relativamente ao teor do projeto de instrução que a ERS pretende emitir ao HGO:

5.1. Quanto ao disposto na alínea a) refira-se que o HGO tem vindo a implementar paulatinamente medidas de reorganização por forma a melhorar o funcionamento do SU no que respeita aos tempos médios de espera, que têm sido reduzidos de forma consistente, assim como os tempos médios de resolução dos episódios de urgência.

À data dos factos melhor identificados nos números 2 e 3 da presente pronúncia, em que se verificou uma sobrelotação do SU, motivada por uma afluência imprevista de doentes, o Conselho de Administração tomou, então, medidas de contingência, com carácter imediato, para fazer face àquela situação crítica, quer a nível de gestão de recursos humanos, quer a nível das instalações e equipamentos, no sentido de manter a operacionalidade do serviço.

Nesta senda foi traçado um projeto de melhoria da organização e funcionamento do SU, vertido na Circular Informativa n.º 04/2015, cuja cópia se anexa como Doc. n.º 1, que dispõe sobre um conjunto de medidas aptas a garantir que o acesso e a prestação de cuidados de saúde aos utentes em tempo útil sejam assegurados em qualquer situação.

5.2. Quanto ao disposto na alínea b), o HGO, não obstante as carências que se verificam quer ao nível de recursos humanos, transversais aos demais estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (de ora em diante "SNS"), quer em matéria de infraestruturas, pugna pelo cumprimento das regras e orientações veiculadas, quer pela Tutela, quer pelas demais entidades que atuam no âmbito do SNS.

5.3. Quanto ao disposto na alínea c), o HGO disponibiliza já a informação relativa aos tempos de espera consoante a cor atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester. A informação em causa é veiculada através de um LCD, instalado na sala de espera dos doentes e acompanhantes.

5.4. Quanto ao disposto na alínea d):

5.4.1. (i) A adaptação do SU do HGO ao disposto no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de Agosto, encontra-se em curso, estando o serviço, na sua qualidade de urgência médico-cirúrgica, já dotado de:

- Viatura Médica de Emergência e Reanimação, ativa e sem inoperacionalidade (n.º 6.8 do artigo 4.º);*
- Sistema de triagem de prioridades (artigo 12º);*
- Via Verde AVC (artigo 14.º);*
- Via Verde AVC Coronária (artigo 15.º);*
- Via Verde Sépsis (artigo 16.º);*
- Equipa de profissionais de saúde dedicada à Urgência constituída por cinco elementos, existindo já um plano de formação delineado de acordo com o disposto no artigo 21.º;*
- Monitorização de alguns padrões de qualidade (artigo 22.º).*

5.4.2. (ii) O cumprimento do disposto no Despacho n.º 1057/2015, de 2 de Fevereiro, está vertido na Circular Normativa n.º 16/2015, que se anexa como Doc. n.º 2.

5.4.3. (iii) O HGO dispõe de Planos de Contingência de Temperaturas Extremas - Módulo de Calor e de Inverno, que se juntam como Docs. n.º 3, 4 e 5.

5.4.4. (iv) O cumprimento da Norma n.º 002/2015 da Direcção-Geral da Saúde está assegurado pela Circular Normativa n.º 16/2015 (supra referenciada em 5.4.2.).

5.5. Quanto ao disposto na alínea g), conforme foi demonstrado no n.º 4 da presente pronúncia, não obstante a existência de regras internas que regulam o seu exercício, o direito de acompanhamento do doente em observação no SU encontra-se garantido no HGO.

5.6. Quanto ao disposto na alínea i), salienta-se que a informação sobre o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde se encontra afixada em locais acessíveis e de fácil consulta dos seus destinatários.

6. No que respeita à abertura de um processo de monitorização à atuação do HGO:

6.1. Sem prejuízo das atribuições e competências da ERS, bem como do mérito que o processo de monitorização proposto possa lograr, no caso em apreço afigura-se nos ser o mesmo injustificado, uma vez que as ocorrências que determinaram a abertura do processo de inquérito em apreço, constituem por si só garantia de que tais eventos não voltarão a ocorrer e que o acesso e a prestação de cuidados de saúde aos utentes, em tempo útil, serão assegurados no SU do HGO em quaisquer circunstâncias.

Entende-se, assim, sem prejuízo do que melhor vier a ser entendido por V. Exa. que a conduta do HGO, não merece, in casu, qualquer censura. [...]” – cfr. pronúncia do prestador, em sede de audiência dos interessados, de 6 de julho de 2015, junto aos autos.

IV.2 Análise dos fundamentos da pronúncia do prestador

187. Cumpre analisar os elementos invocados na pronúncia do prestador, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação projetada.
188. As declarações prestadas na pronúncia do HGO foram consideradas e ponderadas pela ERS.
189. Verificando-se, em síntese, que não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação.
190. 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 [...]”. Quanto à escolha dos algoritmos, considera-se que apenas através da formação específica e a permanentemente monitorização da triagem, através de auditorias internas e externas, é possível garantir a qualidade da mesma [...];

191. Aliás, conclusão partilhada com o perito da ERS que refere que “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.”, e “Deve ser monitorizada a partir da triagem a possível ultrapassagem dos tempos de espera previstos para a cor atribuída”.
192. Assim, 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, designadamente:
193. Quanto às medidas adotadas para cumprimento do disposto na alínea a) do § 184 do projeto de deliberação notificado, no que toca ao Serviço de Urgência Geral foi traçado “um projeto de melhoria da organização e funcionamento do SU, vertido na Circular Informativa n.º 04/2015 [...], que dispõe sobre um conjunto de medidas aptas a garantir que o acesso e a prestação de cuidados de saúde aos utentes em tempo útil sejam assegurados em qualquer situação” (cfr. p. 5.1. da pronúncia).
194. Quanto ao disposto na alínea c) desse § 184 do projeto de deliberação notificado, o HGO veio informar que “disponibiliza já a informação relativa aos tempos de espera consoante a cor atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester. A informação em causa é veiculada através de um LCD, instalado na sala de espera dos doentes e acompanhantes.”;
195. Quanto ao ponto (i) da alínea d) desse § 184 do projeto de deliberação notificado foram já adotadas algumas medidas, designadamente:

“[...]

- *Viatura Médica de Emergência e Reanimação, ativa e sem inoperacionalidade (n.º 6.8 do artigo 4.º) ;*
- *Sistema de triagem de prioridades (artigo 12º);*
- *Via Verde AVC (artigo 14.º);*
- *Via Verde AVC Coronária (artigo 15.º);*
- *Via Verde Sépsis (artigo 16.º);*

- *Equipa de profissionais de saúde dedicada à Urgência constituída por cinco elementos, existindo já um plano de formação delineado de acordo com o disposto no artigo 21.º;*

- *Monitorização de alguns padrões de qualidade (artigo 22.º).”;*

196. No que se refere ao ponto (ii) e (iv) da alínea d) do § 184 do projeto de deliberação notificado, adotou já a Circular Normativa n.º 16/2015, de 26-03-2015, relativa à “Norma de procedimento Geral – Triagem na Urgência Geral – Encaminhamento de doentes para diversas especialidades e locais de espera”;

197. Quanto à alínea i) do § 184 do projeto de deliberação notificado, o HGO veio referir que “[...] *a informação sobre o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde se encontra afixada em locais acessíveis e de fácil consulta dos seus destinatários.*”.

198. Nesse seguimento, cumpre à ERS considerar e avaliar a adoção de medidas e ações já por si destacadas, bem como a preocupação de identificar, corrigir e monitorizar as situações que excecionalmente não são consonantes com os princípios e procedimentos implementados;

199. O que deve ser refletido na instrução final a emitir, procedendo-se à sua reformulação com esse mesmo objetivo de atender quer o entendimento de que o comportamento HGO, observado em cada uma das situações em crítica, não serviu à salvaguarda dos direitos e interesses dos utentes, quer o reconhecimento de que o mesmo prestador tem já em implementação medidas e ações com o intuito de garantir tais direitos e interesses dos utentes.

200. Mas considerando já o efetivo cumprimento antecipado do disposto na alínea c) do § 184 do projeto de deliberação notificado, atento o referido pelo prestador de que a *informação [sobre os tempos de espera] é disponibilizada nos ecrãs existentes no referido serviço, sendo permanentemente atualizada*”, assim se justificando, por desnecessária, a eliminação de tal parte da instrução projetada na presente deliberação final.

201. No que concerne ao direito ao acompanhamento dos utentes em observação no SU, refira-se que o prestador alega que este direito *“encontra-se garantido no HGO”*;

202. No entanto, ao mesmo tempo, admite que o SU apresenta constrangimentos físicos que, frequentemente,¹⁴ dificultam o exercício do direito de acompanhamento, e sem

¹⁴ Sublinhado nosso.

prejuízo da regulamentação interna invocada, reconhece ao longo da sua pronúncia a existência de restrições ao direito de acompanhamento, que “*salvo melhor opinião não configura[m] restrição ao direito de acompanhamento legalmente previsto*”.

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

204. Mas certo é também que, tal como foi já salientado, a lei apenas limita o direito de acompanhamento, nas seguintes situações:

a) 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;

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

205. Refira-se ademais que a Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho, no seu artigo 5.º previa já o prazo de um ano, a partir da data de publicação daquela lei (14 de julho de 2009) para “[...] *que as instituições do SNS, que disponham de serviço de urgência de procederem às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respetivos serviços de urgência, de forma a permitir que os doentes possam usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços.* [...]”.

206. Pelo que deve o HGO proceder às alterações que considerar necessárias para dar devido cumprimento a uma tal obrigação legal.

207. Por último, no que respeita à abertura de um processo de monitorização à atuação do HGO, importa esclarecer que o mesmo terá como escopo principal acompanhar a continuação da adoção das medidas preconizadas nas instruções que ora serão emitidas (e o seu consequente cumprimento), com vista a garantir a não ocorrência futura de situações similares àquelas que ora justificam a presente deliberação.

V. DECISÃO

208. 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 Hospital Garcia de Orta, E.P.E., nos seguintes termos:

a) O Hospital Garcia de Orta, E.P.E., deve continuar a 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 Hospital Garcia de Orta, E.P.E. deve continuar a 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 Hospital Garcia de Orta, 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.

d) O Hospital Garcia de Orta, 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.

e) O Hospital Garcia de Orta, 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;

f) O Hospital Garcia de Orta, 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;

g) O Hospital Garcia de Orta, 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;

h) O Hospital Garcia de Orta, E.P.E. deve afixar informação relevante, em local acessível aos utentes, sobre o direito de acompanhamento do utente dos serviços de saúde;

i) O Hospital Garcia de Orta, E.P.E. deve alterar a informação adotada e difundida internamente, bem como a informação prestada aos utentes, 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;

j) O Hospital Garcia de Orta, E.P.E. deve garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos adotados ou a adotar para cumprimento da presente instrução, sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais;

k) O Hospital Garcia de Orta, 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 adotados para o efeito, dos procedimentos, medidas e auditorias adotados quer para cumprimento da instrução, quer para cumprimento dos Despachos e normas referidas na alínea c) *supra*.

209. 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”.

210. 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 Hospital Garcia de Orta, 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.
211. 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.
212. 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.