

**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 - F;

**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;<sup>1</sup>

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

## **I.2 Diligências**

4. 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 de Santarém, E.P.E com o NIPC 506361462, está registado sob o n.º 12297, e é detentor de um estabelecimento com a designação Hospital Distrital de Santarém, registado sob o n.º 103416, sito na Av. Bernardo Santareno, em Santarém;
  - (ii) no pedido de elementos ao Hospital de Santarém, E.P.E, datado de 19 de janeiro de 2015 e respetiva resposta;
  - (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;<sup>2</sup>

---

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

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

## II. DOS FACTOS

### II.1. Da notícia relativa ao utente M.

5. No seguimento das notícias veiculadas pelos meios de comunicação social, em 16 de janeiro de 2015, a ERS teve conhecimento sobre os factos relativos ao falecimento de um utente, que, alegadamente, terá aguardado cerca de 4h30 no Serviço de Urgência do Hospital de Santarém, E.P.E. sem que tivesse sido observado por qualquer profissional médico.

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

#### II.2.1. Do pedido de informação ao Hospital de Santarém, E.P.E

6. Face ao conteúdo da notícia, por ofício de 19 de janeiro de 2015, foi solicitado ao Hospital de Santarém, E.P.E 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 12 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 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 11 e 12 de janeiro de 2015;*
5. *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 19 de janeiro de 2015, junto aos autos.*

7. Em 27 de janeiro de 2015, o Hospital de Santarém, E.P.E, veio aos autos prestar a seguinte informação:

“[...]”      • *Idade - 92 anos*[\[...\]](#)  
                 • *Admissão - 03.29 h*

- *Triagem-03.31 h*

• *Queixa inicial - trazido por ~~dor abdominal~~[...], ~~vômito~~[...] desde sábado cerca das 17h.30.*

*O doente foi instalado na sala de espera de "amarelos" em cadeirão de repouso (articulado e rodado).*

*A sala de espera é contígua à sala de triagem, com acesso direto à equipa de enfermagem, em permanência na triagem.*

*O doente manteve-se calmo e estabilizado durante a espera e permanentemente acompanhado por familiares.*

*Durante o tempo de espera em que o doente esteve no cadeirão relax, a Senhora Enfermeira J., da triagem, teve atitudes de conforto e vigilância com o doente colocando inclusivamente cobertores para apoiar a zona lombar e as pernas.*

*O doente alternou o posicionamento entre o cadeirão e uma cadeira, para melhoria do conforto.*

*O quadro clínico do doente não apresentou alterações ou agravamentos até cerca das 07.20h, que tivessem sido evidenciados quer pelos familiares, quer pelos profissionais presentes e que levassem à retriagem.*

*Para além do tempo de espera, superior ao recomendado pelo Sistema de Triagem, nada mais justificava uma atuação diferente da adotada.*

*Entre as 03.31 h e as cerca de 07.00h, a Senhora Enfermeira J., que procedeu à triagem do doente e o acompanhou na sala de espera, não identificou razões de retriagem ou de agravamento de prioridade.*

*Cerca das 07.07h o doente é chamado (por sistema sonoro) para o balcão médico. A chamada é repetida alguns minutos depois apresentando-se então um familiar informando que o pai não podia deslocar-se sozinho.*

*A médica de serviço afirmou ter procurado solucionar o problema da deslocação do doente, vindo a deparar-se nesse entretanto (cerca das 07.20h) com a entrada do doente na sala de emergência, por agravamento súbito do seu estado clínico.*

*Os familiares presentes tinham entretanto alertado a Senhora Enfermeira A., da triagem, para a alteração do estado do doente, o que despoletou socorro imediato e encaminhamento para a sala de emergência, também contígua à sala de espera e sala da triagem.*

*Accionada a sala de emergência, a situação foi assumida por Especialista de Medicina Interna, com manobras de reanimação que se viriam a revelar infrutíferas, vindo o doente a falecer cerca das 08.20h.*

*Pelas 08.00h a família foi informada do quadro clínico e do prognóstico reservado da situação em causa, pela globalidade das co-morbilidades do doente.*

*O Conselho de Administração reuniu a informação considerada necessária ao esclarecimento da situação.*

*Até à presente data não foi recebida neste Hospital, qualquer exposição da família do utente. [...] – cfr. esclarecimentos prestados pelo prestador, em 27 de janeiro de 2015, juntos aos autos.*

8. O Hospital de Santarém, E.P.E., e para o que ao presente processo importa, juntou ainda aos autos os seguintes documentos:

(i) cópia de processo clínico do atendimento do utente na Urgência, bem como cópia do relatório de autópsia médica e certificado de óbito:

a) na informação respeitante à queixa de apresentação é referido “doente trazido por ~~dor abdominal~~ [...], ~~vómitos~~ [...] desde sábado cerca das 17h30”;

b) na informação referente ao discriminador a informação apresentada é “~~dor moderada~~ [...]”;

c) no quadro das variáveis fisiológicas estão preenchidos os campos:

(i) “Escala do Dor: ~~5~~ [...]”;

(ii) “Escala de Glasgow: ~~15~~ [...]”;

d) o utente deu entrada no dia 12/01/2015, às 03h29 e foi triado às 03h31;

e) o utente foi triado com prioridade amarelo;

f) o processo clínico refere que o utente foi atendido pelas 07h33, tendo a médica sido informada que o utente “*não tinha condições para chegar ao balcão*”;

g) No relatório do episódio de urgência pode ler-se “*Peço ao familiar para pedir retriagem*”;

h) Pelas 08h01 o utente “*deu entrada na sala dos directos ~~bradiallrritmico~~ [...] e ~~bradipneico~~ [...]*”;

i) o óbito foi declarado às 8h20.

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

9. 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. [...]”*

10. 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.2.3. Do Parecer técnico elaborado por consultor enfermeiro da ERS

11. 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:

*“[...]Triagem de acordo com as queixas do doente no que se refere ao tipo de dor e à sua intensidade, fluxograma de “~~dor abdominal~~[...] “ e discriminador “~~dor moderada~~[...] “, avaliação e registo do estado de consciência e devido ao seu estado permaneceu acompanhado permanente pelos familiares.*

*Preocupação dos profissionais de enfermagem pelo conforto do doente e uma comunicação aberta com a família.*

*Devido ao local onde se encontra o doente, os profissionais de enfermagem tinham contato visual com o doente, isto permitia que qualquer alteração anormal deste fosse prontamente socorrido, como na realidade veio a acontecer.*

*Durante as 4h de espera tanto os familiares como os enfermeiros não detetaram evolução negativa do estado clínico do doente, contudo o tempo de atendimento foi ultrapassado sem uma nova avaliação em triagem.*

*Doente que após agravamento foi prontamente assistido pelos profissionais de saúde, tomando uma decisão coerente após as manobras de SAV e conhecimento da história clínica do mesmo.*

*Devido ao fluxo anormal de doentes neste dia é referenciado nos relatos a existência de profissionais a trabalhar com período de 24h sem descanso.*

*Estamos perante um desenrolar normal de uma patologia e um ciclo vital que neste caso teve um final numa sala de urgência a espera de um atendimento médico, que não podendo afirmar como certeza absoluta, tudo leva a crer que se esse atendimento acontecesse teríamos um final similar. [...]” – cfr parecer do enfermeiro consultor da ERS, de 9 de março de 2015, junto aos autos.*

12. 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) O risco dos eventos adversos ou erros médicos após trabalho contínuo prolongado sem períodos de descanso legalmente recomendados.” cfr. parecer do enfermeiro consultor de 9 de março de 2015, junto aos autos.*

### **III. DO DIREITO**

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

13. 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.

14. 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;

15. Consequentemente, o Hospital de Santarém, E.P.E., com o NIPC 506361462, registado sob o n.º 12297, detentor de um estabelecimento com a designação Hospital Distrital de Santarém, registado sob o n.º 103416, sito na Av. Bernardo Santareno, em Santarém é uma entidade prestadora de cuidados de saúde.
16. 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”*.
17. 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”*;
18. 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”*;
19. 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”*.
20. 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.
21. 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.



22. 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;
23. 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**

24. 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.
25. 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.
26. 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”*;
27. 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”*;

28. 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;
29. 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.
30. 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 Hospital de Santarém.

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

31. 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.
32. 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.
33. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.

38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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”*.
42. 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.
43. 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.
44. 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.
45. 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.

46. 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.
47. 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.
48. 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;
49. Sendo que tais características devem revelar-se em todos os momentos da relação.
50. 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.
51. 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;
52. Só assim se logrará obter a referida transparência na relação entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.
53. 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,
54. E nesse sentido, passível de distorcer os legítimos interesses dos utentes.
55. 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;
56. 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;

57. 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,
58. 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**

59. 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 setembro<sup>3</sup>.
60. 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.
61. 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.
62. 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.*”
63. 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*”
64. Todavia, a Lei também refere que a natureza do parentesco ou da relação com o utente não pode ser invocada para impedir o acompanhamento.
65. Por outro lado, os limites ao direito de acompanhamento estão expressamente consagrados.

---

<sup>3</sup> Diplomas que fixavam o quadro normativo aplicável ao direito de acompanhamento, até à entrada em vigor da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

66. 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”.*

67. 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.”.*

68. 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;

69. 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.

70. 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.

71. 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.”*<sup>4</sup>.

72. 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,

---

<sup>4</sup> Note-se que, nestes casos, não existe qualquer tipo de limitação ao acompanhamento, referindo-se a lei às condições em que esse acompanhamento deve ser exercido, isto é, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde. Encontra-se também vedado o acompanhamento nas intervenções cirúrgicas, bem como a tratamentos em que a presença do acompanhante seja prejudicial para a correção e eficácia dos mesmos, com exceção para aqueles atos para a qual foi dada a autorização do clínico responsável. – cfr. artigos 21.º e 22.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

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”*;

73. 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**

74. 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.<sup>5</sup>
75. 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.
76. 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).
77. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
78. O Sistema Integrado de Emergência Médica foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto<sup>6</sup>, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface*

---

<sup>5</sup> 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

<sup>6</sup> 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”.*

79. 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.”*
80. 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.
81. 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)
82. 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**

83. Com a previsão da chegada da época da gripe, e contemplando já o aumento de afluência aos serviços de urgências, a Direção Geral da Saúde, aprovou o Plano de Prevenção e Resposta para o Outono/Inverno no âmbito do Plano Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR), atualizado em 17 de dezembro de 2014, que *“apresenta as orientações estratégicas que permitem preparar a resposta dos serviços de Saúde, perante a perspetiva de um aumento de incidência de Infecções respiratórias.”*
84. 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/espços de atendimento;*
- *“Turnover” de macas com transferência dos doentes para camas [...].*

85. 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**

86. 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;
87. 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**

88. 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.
89. 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 adoeçam;*

*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.<sup>7</sup>*

### **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**

90. 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*

---

<sup>7</sup> Cfr. <http://simuploads.simedicos.pt/86c564695.pdf>

*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.”.*

91. 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.”.
92. 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 [...]”;
93. Ademais, continua o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, “[...] o MTS permite identificar uma prioridade clínica com posterior alocação do doente à área de atendimento devida, podendo também ser desenhados e aplicados, na sequência da triagem, protocolos de atuação subsequente, tal como requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista à redução do tempo do episódio de urgência e dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção.”;
94. 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.”;

95. 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.”.

96. 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

97. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico<sup>8</sup>,

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

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

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

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10

<sup>8</sup> Sobre este assunto ver <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

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**

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

- 1. Todos os serviços de urgência devem ter o sistema de triagem de Manchester, atualizado na versão 2, em funcionamento até 31 de dezembro de 2015.*
- 2. Todos os serviços de urgência devem atualizar anualmente, até 30 de setembro, o sistema de triagem de Manchester, para a última versão em vigor, publicada pela Direção-Geral da Saúde para esse ano, após ser notificada pelo Grupo Português de Triagem até 31 de agosto.*
- 3. Todos os hospitais e serviços de urgência devem implementar e ter em funcionamento até 31 de dezembro de 2015 os seguintes Normativos definidos pela Direção-Geral da Saúde:*
  - a. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado<sup>1</sup>;*
  - b. Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis<sup>2</sup>.*
- 4. No momento da triagem de Manchester, devem ser implementados os seguintes algoritmos:*
  - a. Eletrocardiografia simples de 12 derivações, nas situações de dor torácica;*

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

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

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

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

---

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

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

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



- p. Epistaxes;*
- q. Traumatismo crânio-encefálico ;*
- r. Traumatismo torácico ou abdominal;*
- s. Hemorragia digestiva;*
- t. Dor abdominal;*
- u. Patologia ano-rectal;*
- v. Hemorragia vaginal;*
- w. Dor testicular aguda;*
- x. Traumatismo da face;*
- y. Celulite da face e/ou região cervical;*
- z. Hemorragia não controlada pós extração dentária;*
- aa. Ideação de auto e/ou heteroagressão;*
- bb. Ideação suicida;*
- cc. Doentes com mandado de condução emitido pelas entidades judiciais.*

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

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

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

---

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



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**

99. 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:*

*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**

100. 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;

101. 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”.

102. 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.

103. Ainda, a preocupação subjacente à presente análise alarga-se necessariamente à avaliação da existência e adequabilidade dos procedimentos dirigidos a corrigir e prevenir situações semelhantes à ocorrida.

104. Ora, do que resulta da análise dos factos recolhidos no decurso da diligências encetadas pela ERS,

- (i) o utente deu entrada no serviço de urgência do Hospital de Santarém, E.P.E., no dia 12 de janeiro de 2015, às 03h29 e foi triado às 03h31;

- (ii) apresentava queixas de “~~dor abdominal~~[...] e ~~vómitos~~[...] desde sábado cerca das 17h30”;
- (iii) na informação referente ao discriminador a informação apresentada é “~~dor moderada~~[...]”, com “Escala do Dor: ~~5~~[...]” e “Escala de Glasgow: ~~45~~[...]”;
- (iv) o utente foi triado com prioridade amarela;
- (v) o utente foi chamado pelas 07h33, cerca de 4h30 após a sua admissão, tendo a médica sido informada que o utente “*não tinha condições para chegar ao balcão*”;
- (vi) foi solicitado ao familiar “*para pedir retriagem*”;
- (vii) O utente foi triado com prioridade amarela, que de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester (MTS) implica um tempo-alvo de atendimento de 60 minutos;
- (viii) o utente ficou a aguardar atendimento médico, acompanhado por familiar;
- (ix) de acordo com a informação prestada pelos profissionais que se encontravam na urgência no dia em causa, “*O doente manteve-se calmo e estabilizado durante a espera e permanentemente acompanhado por familiares.*”;
- (x) durante o tempo de espera os profissionais tiveram “*atitudes de conforto e vigilância com o doente colocando inclusivamente cobertores para apoiar a zona lombar e as pernas.*”;
- (xi) ainda, “*O quadro clínico do doente não apresentou alterações ou agravamentos até cerca das 07.20h, que tivessem sido evidenciados quer pelos familiares, quer pelos profissionais presentes e que levassem à retriagem.*” – cfr. esclarecimentos do prestador, em 27 de janeiro de 2015, junto aos autos;
- (xii) o óbito foi declarado às 8h20.

105. 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.

106. Com efeito, o utente não foi observado por profissional médico, tendo apenas sido posicionado por enfermeira;

107. O utente não foi sujeito a qualquer tipo de monitorização durante a sua estadia no serviço de urgência, que pudesse ter fundamentado, que após ultrapassado o tempo-alvo para observação clínica (60 minutos), nos termos da Triagem de Manchester,

tivesse sido detetado um qualquer evento que pudesse ter justificado a sujeição do utente a retriagem;

108. Refere o Hospital de Santarém, E.P.E. que o utente ficou a aguardar na sala de espera *“que é contígua à sala de triagem, com acesso direto à equipa de enfermagem, em permanência na triagem. [...]”*.
109. Tal facto, que aqui não se coloca em crise, igualmente não significa que assegure a vigilância e monitorização dos utentes;
110. Recorde-se que, 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;
111. 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.
112. Pelo exposto, contata-se que a conduta do Hospital de Santarém, E.P.E., relativa à situação concreta ora analisada, não se revelou suficiente à garantia dos direitos e interesses legítimos do utente;
113. 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.
114. 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;
115. Sendo esta vertente uma preocupação amplamente reconhecida e incorporada nas boas práticas clínicas, bem como nas mais diversas orientações emitidas pelas entidades competentes.
116. 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.

117. 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”*.
118. O Hospital de Santarém, E.P.E., à data dos factos, tinha já implementado o Sistema de Triagem de Manchester, tendo por isso definido um procedimento específico para o serviço de urgência;
119. No entanto, é aparente que, no caso específico, ora em análise, aqueles procedimentos não foram corretamente seguidos.
120. 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.
121. Admite-se que no dia em causa possa ter existido um “pico de afluência”, que pela sua natureza imprevista, possa ter afetado negativamente, o serviço de urgência no dia em causa;
122. No entanto, sempre se dirá que estando em causa um serviço dinâmico, que pelas suas características sujeito a alguma imprevisibilidade;
123. Mal se compreende que não tenham sido tomadas medidas imediatas para fazer face a afluência ao serviço de urgências no dia em causa.
124. 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.
125. 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;
126. 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;

127. 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”*;
128. 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;
129. O que significa que, os planos determinados pelo referido Despacho devem ser o mais concretos possível e aptos a uma correta e eficaz implementação;
130. O que deverá ser suficiente e necessário para que o Hospital de Santarém, E.P.E. previna a ocorrência de situações idênticas, quando reunidas as condições similares às manifestadas pelo utente;
131. 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.
132. 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,
133. 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;
134. Considerando que os utentes têm o direito a serem tratados pelos meios adequados, humanamente, com correção técnica, privacidade e respeito;
135. 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;

136. Isto porque, apesar de ter sido fixado um período de adaptação para incorporação e cumprimento respectivo, 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;

137. 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;

138. Considerando em especial:

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

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

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

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

Conclui-se, assim, que

139. 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;



140. 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;
141. 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.
142. 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;
143. O que poderá ser alcançado através da necessidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, *in casu* o Hospital de Santarém, E.P.E., 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.
144. 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;
145. 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.

146. 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

147. 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 chamado a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o Hospital de Santarém E.P.E..
148. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou em 02 de julho de 2015, a pronúncia do prestador, datada de 01 de julho de 2015.

##### IV.1 Da pronúncia do prestador

149. Em sede de audiência dos interessados veio o prestador dizer o seguinte:

*“[...] Disponibilizou este Conselho de Administração no tempo devido e rigorosamente nos termos solicitados pela ERS, toda a informação pertinente referente à ocorrência de um óbito no Serviço de Urgência de um utente, Sr. M., que admitido às 3.29 minutos, foi triado às 3.31 minutos e com atendimento médico cerca das 7.20 minutos, isto é, cerca de 3 horas e 50 minutos depois da triagem.*

*Sobre a ocorrência e as suas circunstâncias não dispõe o Hospital de outra informação considerando que a já prestada corresponde à realidade dos factos e dela não extrai outras conclusões que alterem a avaliação e os juízos proferidos e que são do inteiro conhecimento da Entidade Reguladora.*

*Do Parecer Técnico elaborado pelo Consultor Médico da ERS retemos as observações e as sugestões/recomendações, enquanto procedimentos de melhoria contínua.*

*Do Parecer Técnico elaborado pelo Consultor Enfermeiro da ERS retiramos a total identidade e reconhecimento da correção dos procedimentos de enfermagem em todo o processo, sem reparos e acolhemos as recomendações como reforço da segurança clínica.*

*No âmbito das suas atribuições e competências a ERS afirma direitos e deveres a que se submete o Hospital de Santarém enquanto prestador público de serviços de saúde, onde se pugna e privilegia o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade e a garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo oportuno, bem como os demais direitos dos utentes, mesmo considerando em contexto de um Serviço de Urgência.*

*A Constituição da República Portuguesa, a Lei de Bases da Saúde e Regulamentação interna do Hospital de Santarém são inequívocos nos direitos de acesso, de qualidade, adequação e oportunidade da prestação de cuidados e no direito ao acompanhamento nos Serviços de Urgência, tendo presentes todos os recursos existentes em cada momento e a possibilidade da sua disponibilização na medida exata das necessidades que cada situação clínica evidencia.*

*No caso concreto, o doente permaneceu em espera em sala adjacente à sala de Triage com presença e acesso imediato e visual à equipa de enfermagem, assim como apoio permanente de familiar e cuidador, que se mantiveram serenos e colaborantes em todo o tempo de espera.*

*O Hospital tem instituído, com Auditorias Internas e Auditorias Externas, o Protocolo de Triage de Manchester, aguardando-se a instalação da última versão.*

*Respondendo concretamente à Secção IV, pontos 147 e seguintes.*

*a) e b) - O Departamento de Urgência, em colaboração com o Departamento Médico e com o Conselho de Administração, tem adaptado os procedimentos a situações de contingência, como são exemplos os planos para ondas de calor e de frio; planos para períodos festivos, como é exemplo a não concessão de férias aos profissionais do Serviço de Urgência (Médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) nos períodos de Natal e Fim de Ano; a reformulação em curso do plano de Emergência Externa/Catástrofe.*

*c) - Foram já instalados na admissão de doentes e nas salas de espera placards eletrónicos com os tempos de espera para cada uma das tipologias de doentes, de acordo com a triagem de Manchester. Estes placards têm atualização permanente em ligação com a plataforma "alert". O sistema não faz no entanto a divisão por área da urgência, funcionalidade que entretanto já requisitámos.*

*d) - Como estipulado no Despacho 10319/2014, o SU do HDS dispõe de um número de valências adaptado à procura das populações, com as especialidades que definem um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. Continua a fazer-se no entanto*

*sentir carência de profissionais, de forma mais sensível na área da Medicina Interna, equipas de enfermeiros e de assistentes operacionais. Tem uma VMER em gestão integrada, cuja equipa assegura a atividade pré-hospitalar e participa na prestação de cuidados ao doente crítico no SU, colaborando frequentemente no transporte inter-hospitalar.*

*- O SU aguarda atualização do Sistema de triagem de Manchester, já requisitada, para a sua versão mais recente.*

*- Foram executados os planos de contingência para temperaturas extremas, nos seus dois módulos, como definido pelo Despacho nº4113 - A/2015*

*- Foi implementada no SU a Via Verde Sepsis, com dificuldades na operacionalização no terreno, pelo que esta se encontra em reformulação.*

*- Está protocolada a execução imediata de ECG por Técnico de Cardiopneumologia após triagem de dor torácica ou alteração do ritmo cardíaco. Foi requisitado alargamento do período de presença dos técnicos para além das 21 horas.*

*- É regularmente atualizado o Circuito de Gestão de Doentes na Urgência, contemplando todas as situações clínicas. O último foi aprovado pelo Conselho de Administração em Junho de 2014.*

*e) e f) - Existe linha telefónica direta para a ARSLVT, INEM e CDOS de Santarém, permitindo acionar redireccionamento de doentes em caso de necessidade. Estas entidades estão permanentemente informadas das Vias Verdes em vigor no Hospital de Santarém, EPE.*

*g) - Existe um conjunto de normas em atualização permanente e presentes na triagem. [...]” – cfr. pronúncia do Hospital de Santarém, E.P.E, em sede de audiência dos interessados, de 1 de julho de 2015, junto aos autos.*

#### **IV.2 Análise dos fundamentos da pronúncia do prestador**

150. Cumpre analisar os elementos invocados na pronúncia do prestador, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação projetada.

151. As declarações prestadas na pronúncia do Hospital de Santarém, E.P.E foram consideradas e ponderadas pela ERS;

152. Verificando-se, em síntese, que o prestador não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;

153. E, não obstante, ter apresentado um conjunto de medidas já em execução que são demonstrativas da intenção de adequação do seu comportamento, ao projeto de deliberação da ERS;
154. Considera-se necessário manter a intervenção regulatória, tendo em vista, desde logo, a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações legais em causa, bem como a adequação integral e permanente do comportamento do prestador, para que no futuro se possa aferir se as diligências levadas a cabo se coadunam com o conteúdo da referida intervenção.
155. Mas considerando já o efetivo cumprimento antecipado do disposto na alínea c) do § 147 do projeto de deliberação notificado, atenta a informação do prestador de que já existem *“placards eletrónicos com os tempos de espera para cada uma das tipologias de doentes, de acordo com a triagem de Manchester”*, assim se justificando, por desnecessária, a eliminação de tal parte da instrução projetada na presente deliberação final.

## V. DECISÃO

156. 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 de Santarém, E.P.E., nos seguintes termos:

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

b) O Hospital de Santarém, E.P.E. deve implementar procedimentos de organização e funcionamento em conformidade com o prescrito com as regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de cuidados hospitalares urgentes e/ou emergentes;

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

g) O Hospital de Santarém, E.P.E. deve dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias após a

notificação da presente deliberação, dos procedimentos, medidas e auditorias adotados quer para cumprimento da instrução, quer para cumprimento dos Despachos e normas referidas na alínea c) *supra*.

157. 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*”.
158. 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 de Santarém, 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.
159. 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.
160. 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.