

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto 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 ERS conferidas pelo artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/014/2020;

I.DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 20 de janeiro de 2020, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita em 11 de dezembro de 2019 por JV, visando a atuação do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (HDS).

2. Na referida reclamação, inicialmente tratada sob o n.º REC/6334/2020, a reclamante refere que a utente GM, sua mãe, deu entrada no SU daquele

prestador, no dia 11 de dezembro de 2019, por tentativa de suicídio, tendo sido triada com pulseira amarela. Cerca de 1 hora depois, e após solicitar informação à Enfermeira de serviço sobre o tempo de espera, foi informada que a utente afinal tinha sido triada com pulseira laranja e que não se encontrava na sala de espera adequada devido à colocação de pulseira de cor errada.

3. Considerando a necessidade de recolher outros elementos de análise para melhor perceção dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 6 de fevereiro de 2020, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/014/2020.

I.2 Diligências

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

(i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS onde se constatou que o Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 12297;

(ii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao HDS em 13 de fevereiro de 2020, com insistência em 29 de dezembro de 2020, e análise da respetiva resposta rececionada 12 de março de 2021;

(iii) Notificação de abertura de processo de inquérito remetido à reclamante em 13 de fevereiro de 2020.

II. DOS FACTOS

II.1. Da Reclamação

5. “[...] *A minha mãe deu entrada neste hospital transportada pelo Bombeiros Voluntários [ilegível] com um quadro de tentativa de suicídio*

com toma de fármacos em excesso. Foi-lhe dada pulseira amarela pela Enf. AI.

Ficamos à espera quase 1 hora desde a entrada no serviço até ser vista. Ao verificar que já estava a passar tanto tempo e tendo a minha mãe ao meu lado inerte, sem qualquer reação ao contacto e tendo verificado alguns sons e movimentos involuntários desloquei-me à enfermeira que a recebeu para perguntar o que se passava e saber o porquê da pulseira amarela nesta situação dado que não sabemos concretamente a quantidade que tomou nem há clara certeza da substância. A minha mãe foi deixada no corredor sem vigilância e cuidado e qual não é o meu espanto quando ao pedir satisfações à Enfermeira AI ela responde que a minha mãe é laranja e não amarela. Foi direta para dentro tendo sido encaminhada para a emergência. É um erro grave. Vou embora e deixo a minha mãe durante a noite porque ela vai ficar. Mas vou muito desiludida, apreensiva e sem confiança nos vossos serviços depois do que aconteceu. [...]”.

6. Em resposta à reclamação veio o prestador informar o seguinte:

“[...] Em resposta à reclamação apresentada neste Hospital no dia 11/12/2019, cumpre-nos informar que a leitura da mesma mereceu da nossa parte a melhor atenção e foi enviada à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, para esclarecimento.

De acordo com os registos disponíveis do episódio de urgência da Sr. ^a D. GM, na triagem foi-lhe atribuída prioridade muito urgente (laranja). Reconhecemos que por lapso, apesar da prioridade atribuída, a utente foi identificada com uma pulseira amarela o que levou o Assistente Operacional, em vez de a encaminhar diretamente à sala de tratamentos da área médica, onde estes doentes aguardam por observação médica, a encaminhou para a sala de espera de doentes urgentes (pulseira amarela), onde a utente aguardou.

Quando foi detetado o lapso, já a médica procurava a mãe de V. Exa no espaço para onde a mesma deveria ter sido encaminhada.

Pedimos as nossas desculpas pelo lapso ocorrido, que obviamente não foi intencional, mas que compreendemos que tenha gerado alguma angústia.

Importa ainda referir que no dia 11 de dezembro de 2019 foi o primeiro dia de implementação de um novo sistema informático, o que poderá ter contribuído negativamente para esta situação, e que a profissional visada tem habitualmente um elevado nível de desempenho, sendo um elemento de referência na equipa.

Constatamos que esta ocorrência não comprometeu o atendimento da utente, no entanto, motivou uma reflexão no sentido da adoção de medidas preventivas para evitar situações semelhantes no futuro. [...]"

II.2. Do pedido de informação ao HDS

7. Em face do exposto, em 13 de fevereiro de 2020, com insistência em 29 de dezembro de 2020, foi solicitado ao prestador que viesse aos autos prestar a seguinte informação:

"[...]

- 1. Pronunciem-se sobre a situação descrita na referida reclamação;*
- 2. Envio de cópia do relatório do episódio de urgência da utente (Alert);*
- 3. Remetam informação detalhada sobre a adoção de medidas preventivas e/ou corretivas para evitar situações semelhantes à ocorrida;*
- 4. Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]"*

8. Por ofício datado de 12 de março de 2021, o HDS veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

"[...]

- 1 - Consideramos que os esclarecimentos enviados sobre a reclamação apresentada, quer pela enfermeira AIF (enfermeira responsável pela triagem da doente), quer pela enfermeira SM (enfermeira chefe do Serviço de Urgência Geral), explicam de forma*

detalhada a sucessão de acontecimentos e assunção do lapso existente, o que denota uma atitude correta e responsável dos profissionais envolvidos.

2 - Apesar disso, foi também evidenciado que as medidas de correção foram imediatamente implementadas, no sentido de evitar repercussões negativas no processo assistencial da doente GM.

3 - De facto, apesar da incorreção da cor da pulseira e da espera por atendimento não ter ocorrido no local adequado, a observação da doente não ficou prejudicada, cumprindo-se o tempo alvo associado à prioridade muito urgente (laranja). Enviamos em anexo, como solicitado, cópia do relatório do episódio de urgência (Sclínico) que menciona como hora de atendimento médico 21:43, embora se trate da hora em que foram efetuados os primeiros registos e não quando o médico assumiu a observação da doente. Para comprovar o início desta observação, enviamos "printscreen" de registos da aplicação informática Sclínico, onde estão claramente mencionados os tempos de atendimento, nomeadamente:

- Admissão - 20h42mn*
- Triagem - 20h52mn (10 minutos após admissão)*
- Atendimento médico - 21h02mn (10 minutos após triagem, o que cumpre o tempo alvo definido pelo Sistema de Triagem de Manchester para a prioridade muito urgente).*

4 - O Circuito de Gestão de Doentes implementado no Serviço de Urgência Geral, define claramente as áreas de espera para observação médica de acordo com a prioridade atribuída e são sistematicamente observados pelos diferentes profissionais.

5 - Importa ainda referir que no dia 11 de Dezembro de 2019 foi o primeiro dia de implementação de um novo sistema informático, o SCLinico, o que poderá ter contribuído negativamente nesta situação.

6 - De forma a prevenir futuras situações foi realizada acção de sensibilização junto da equipa de enfermagem para melhor atenção à identificação da pulseira de prioridades.

7 - Por fim, cabe-os salientar que toda a atividade humana envolve algum risco de erro sendo que é a forma honesta e a atitude resolutiva no agir profissional, que podem fazer a diferença para evitar consequências daí resultantes, o que neste caso foi claramente evidenciado pela enfermeira AIF.

8 - Reiteramos a apreciação efetuada pela enfermeira SM acerca do desempenho profissional da Enfermeira AIF, como elemento de referência da equipa, cujas elevadas competências técnicas e relacionais e excelente comportamento ético-deontológico têm sido constantemente verificados. [...]”.

9. O prestador juntou ainda, e para o que ao presente processo importa, os seguintes documentos:

- Resumo da informação clínica, referente ao episódio de urgência de 11 de dezembro de 2019, que se passa transcrever:

a) a utente foi triada às 20:52hm, com pulseira laranja – muito urgente:

“[...] Queixa: intoxicação medicamentosa voluntária há cerca de 1 hora; fluxograma: sobredosagem e envenenamento; discriminador; alta mortalidade; [...]”;

b) De acordo com os registos do episódio de urgência, a 1ª observação ocorreu às 21h43m com informação de história clínica do utente e pedido de MCDT:

c) A utente foi reavaliada pelas 22h51 e pelas 05:17.

d) A utente foi reencaminhada para a especialidade de psiquiatria tendo sido vista por especialista às 10h24, no dia 12 de dezembro de 2020, tendo ficado internada no serviço.

10. O prestador remete ainda registos do SClinico com a seguinte informação:

“[...] Admissão: 20:42h

1ª triagem: 20:52h

Atendimento: 21:02h [...]”

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

11. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
12. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
13. Consequentemente, o Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde sujeita à regulação da ERS.
14. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º do dos Estatutos da ERS compreendem “a *supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”*”.
15. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas b), c) e d) do artigo 10º dos Estatutos da ERS, “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde*”; “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.

16. No que toca, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas.*
17. Já no que se refere ao objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS *“garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”.*
18. 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.
19. Pelo que, tal como configurada, a situação objeto de análise nos presentes autos, 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.

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

20. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo

garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

21. Dito de outro modo, a CRP impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
22. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro¹, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 1 da sua Base 6, sob a epígrafe “Responsabilidade do Estado”, que *“A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.”*
23. Nos termos do n.º 1 da Base 20 da Lei de Bases da Saúde, *“O SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde”*;
24. E nos termos do n.º 2 da referida Base 20, *“O SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios:*
 - a) *Universal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;*
 - b) *Geral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;*

¹ A Lei 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor em 4 de novembro de 2019, e revogou a anterior Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei, 48/90, de 24 de agosto.

- c) Tendencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;*
- d) Integração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;*
- e) Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;*
- f) Qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;*
- g) Proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;*
- h) Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;*
- i) Transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.”*

25. Por fim, nos termos do n.º 1 da Base 25 da Lei de Bases da Saúde, *“Tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.”.*

26. Atento o n.º 1 da Base 1 da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), *“O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer.*

27. Nos termos do n.º 2 da mesma Base 1, *“O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”*.
28. Por fim, nos termos do n.º 4 da Base 1, *“O Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.”*
29. Nos termos do n.º 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde, sob a epígrafe *“Direitos e deveres das pessoas”*, *“Todas as pessoas têm direito:*
- a) *À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade;*
 - b) *A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde;*
 - c) *A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes;*
 - d) *A receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem;*
 - e) *A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar;*
 - f) *A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde;*

- g) A aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado;*
- h) A ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida e a receber assistência religiosa e espiritual;*
- i) A apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis;*
- j) A intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS;*
- k) A constituir entidades que as representem e defendam os seus direitos e interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção da saúde e prevenção da doença, de ligas de amigos e de outras formas de participação que a lei preveja;*
- l) À promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspectiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde.”.*

30. 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;

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

32. E a qualidade dos serviços de saúde não se esgota nas condições técnicas de execução da prestação, mas abrange também a

comunicação e informação ao utente, dos resultados dessa mesma prestação.

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

III.3. Do Protocolo de Triagem de Manchester

34. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do respetivo sítio eletrónico²,

“[...] 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
---------------	-------------	------------	-------------------

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

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

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

III.4 Do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Protocolo de Triagem de Manchester

35. 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.”.

36. Note-se que o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, 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.”.

37. Assim, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, atesta que o Sistema de Triagem de Manchester (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.”;

38. Acresce que, nos termos daquele normativo, “[...] o MTS é uma ferramenta que tem evoluído verifica[ndo-se] a necessidade de implementar a [sua] versão mais recente [...] , 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.”;

39. Conclui o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, 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 Ministério

da Saúde e o Grupo Português de Triagem (em 12 de novembro de 2010) e a Declaração de Princípios a ele anexa.”.

40. Assim, é concretamente determinado que:

[...] 1 – *Em episódios de urgência com apresentação tipificada na sequência da aplicação dos fluxogramas previstos no sistema de triagem, pode ser considerada a solicitação, pelo enfermeiro da triagem, de meios complementares de diagnóstico, mediante algoritmo autorizado pela direção clínica da unidade de saúde e sustentado em NOC elaborada pela DGS, a exemplo do que acontece nas vias verdes já existentes.*

2 – *Este complemento de triagem é introduzido de forma voluntária e experimental, com duração de um ano, nas unidades que forem identificadas pelas ARS como aquelas onde se possa esperar maior benefício na redução de tempos de espera.*

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

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

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

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

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

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

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

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

III.5. Da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde

41. Nos termos da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro emitida pela Direção Geral da Saúde:

“[...]

1. Os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester.

2. A triagem em idade pediátrica nos hospitais com serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), serviço de urgência polivalente (SUP) ou serviço de urgência polivalente pediátrica (SUPP) deve ser realizada na urgência pediátrica, com exceção do serviço de urgência básico (SUB) e do serviço de obstetrícia/ginecologia.

3. As urgências pediátricas devem utilizar a versão mais recente do sistema de Triagem de Manchester ou do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale¹.

4. Os hospitais e serviços de urgência devem ter implementado:

a) Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO “Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizados”;

b) Normas da Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde da Sepsis no Adulto.

5. Os hospitais devem, ainda, implementar as seguintes Normas Clínicas a serem emitidas pela Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde Coronária e sobre Via Verde do Trauma.

6. No momento da triagem devem ser implementados os seguintes algoritmos:

a) Eletrocardiografia simples de 12 derivações, nas situações de dor torácica;

b) Nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional:

i. Previamente à radiografia simples do aparelho esquelético:

(i) Avaliação da Dor, conforme Circular Normativa n.º 09/DGCG “A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor”, de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno;

(ii) Avaliação do estado neurovascular e avaliação da necessidade de imobilização de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno.

ii. Radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional de acordo com algoritmo clínico que 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 da Saúde e Ordem dos Médicos.

c) Em idade pediátrica (idade inferior a 18 anos) nos casos com situação referida na alínea b) da presente Norma devem ser avaliadas por médico pediatra ou, na sua ausência, por médico de outra especialidade antes da solicitação de meios complementares de diagnóstico na triagem.

7. O diretor clínico deve aprovar e manter atualizados os algoritmos clínicos de encaminhamento interno, sob proposta do diretor do serviço de urgência até serem emitidas Normas Clínicas pela Direção-Geral de Saúde com a Ordem dos Médicos, para as seguintes situações clínicas:

[...]

9. O diretor clínico deve coordenar o planeamento e organização da implementação do sistema de triagem com a colaboração do enfermeiro-diretor.

10. O enfermeiro-diretor deve colaborar com o diretor clínico na compatibilização do planeamento e organização da implementação do sistema de triagem.

11. A triagem deve ser efetuada por médico e/ou enfermeiro.

12. O enfermeiro-diretor, sob proposta do enfermeiro-chefe, deve adequar a dotação e perfil dos enfermeiros no serviço de urgência.

13. O diretor clínico, sob proposta do diretor de serviço de urgência, deve adequar a dotação e perfil dos médicos no serviço de urgência.

14. Os serviços de urgência devem assegurar a formação em serviço, incluindo a mandatária, de médicos e enfermeiros.

15. A implementação da triagem deve prever a retriagem/reavaliação da pessoa, definida a nível da unidade de saúde:

a) Quando o tempo de espera excede o limite previsto;

b) De acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde;

c) Sempre que a família/acompanhante o solicite.

16. Os serviços de urgência devem implementar auditorias internas mensais ao sistema de triagem em uso, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços.

17. As auditorias internas mensais ao sistema de triagem de Manchester devem ser efetuadas nos termos previstos no protocolo celebrado entre o

Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e declaração de princípios a ele anexa.

18. Cabe ao Grupo Português de Triagem realizar auditorias externas à implementação do sistema de Triagem de Manchester nos serviços de urgência.

19. Cabe a Direção-Geral da Saúde realizar as auditorias externas à implementação do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale.

20. Os resultados das auditorias externas devem ser comunicados aos conselhos de administração das respetivas unidades de saúde e, semestralmente, às Administrações Regionais de Saúde¹ e à Direção-Geral da Saúde.

21. Os SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS) colaboram com os hospitais para a garantia da integração dos registos clínicos do serviço de urgência nos registos clínicos em ambiente hospitalar, para garantia da implementação do(s) sistema(s) de triagem e de auditorias internas.

22. As situações clínicas mencionadas nos pontos 4, 5 e 6 e as situações clínicas a serem objeto de algoritmos clínicos, conforme previsto no ponto 7 da presente Norma, devem ser avaliados trimestralmente pelo diretor do serviço de urgência com a colaboração do enfermeiro-chefe, através de relatório dirigido ao presidente da comissão da qualidade e segurança.

23. As unidades de saúde devem enviar trimestralmente à Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, os indicadores da presente Norma de acordo com formulário disponível no sítio desta Direção-Geral (Anexo I).

24. As unidades de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, integram no relatório anual de atividades desenvolvidas no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e enviado à Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, a avaliação da implementação do sistema de triagem realizada trimestralmente, bem como as ações de melhoria implementadas,

posteriormente analisadas conjuntamente com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros.

25. Os registos clínicos de todos os procedimentos realizados no âmbito da triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata devem permitir a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade:

a) Demora média para triagem;

b) Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade;

c) Ponderação do número óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade;

d) Demora média entre a triagem e saída da pessoa do serviço de urgência por nível de prioridade. [...].”.

III.6. Análise da situação concreta

42. Face à situação em causa nos presentes autos, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de assegurar de forma permanente, efetiva e em tempo útil a prestação de cuidados de saúde que se apresentem como adequados à satisfação das necessidades dos utentes.

43. Assim, a atuação da ERS sobre a situação em causa estará delimitada às suas atribuições e competências, designadamente no que toca a “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.

44. Ora, resulta da análise dos factos que a utente foi triada às 20:52hm, com pulseira laranja – muito urgente - por “[...] *intoxicação medicamentosa voluntária há cerca de 1 hora; fluxograma: sobredosagem e envenenamento; discriminador; alta mortalidade; [...]*”, com um tempo alvo para 1ª observação médica, nos termos do Sistema de Triagem de Manchester, de 10 minutos.

45. No entanto, e de acordo com a informação carreada para os autos, a enfermeira triadora, apesar de, alegadamente, ter procedido corretamente à avaliação da prioridade de cuidados de saúde que a utente GM necessitava - muito urgente - por lapso, colocou-lhe uma pulseira amarela (urgente), que culminou no seu encaminhamento para a zona de OBS de situações urgentes;

46. Ora, refere o HDS que, apesar deste constrangimento, a utente teve 1ª observação médica pelas 21h02, por isso, no cumprimento do tempo de espera para situações triadas como muito urgente (10 minutos), tendo para tanto remetido cópia do SClínico com a informação seguinte:

- *Triagem - 20h52mn (10 minutos após admissão)*
- *Atendimento médico - 21h02mn (10 minutos após triagem, o que cumpre o tempo alvo definido pelo Sistema de Triagem de Manchester para a prioridade muito urgente).*

47. Não obstante, de acordo com a cópia do episódio de urgência remetido pelo prestador, a utente apenas foi vista por médico assistente pelas 21h43m;

48. Note-se que o HDS quanto a esta questão refere que “[...] se trat[a] da hora em que foram efetuados os primeiros registos e não quando o médico assumiu a observação da doente [...]”, o que não se pondo em causa, também não é passível de confirmação porquanto, esta informação não consta do processo da utente;

49. E como tal, cria-se uma dúvida insanável sobre o tempo de espera a que a utente esteve sujeita para 1ª observação médica;

50. Situação grave, quando se trata de uma utente triada como muito urgente.

51. Ora, mesmo não sendo possível concluir se a primeira observação médica ocorreu dentro do tempo alvo de atendimento;

52. E mesmo aceitando que a utente teve o acompanhamento subsequente necessário, designadamente, tendo sido encaminhada para a

especialidade de psiquiatria, onde foi vista por especialista às 10h24, do dia 12 de dezembro de 2019, tendo ficado internada naquele serviço;

53. Certo é que a conduta do HDS, relativamente à situação concreta, não se revelou suficiente à cautela dos direitos e interesses legítimos da utente, podendo, em abstrato, a omissão verificada ter concorrido para uma grave falha assistencial

54. À data dos factos o HDS já tinha implementado o Sistema de Triagem de Manchester, tendo por isso definido um procedimento específico para o serviço de urgência;

55. No entanto, é patente que, no caso específico, aquele procedimento não foi suficiente nem adequado, para prevenir a ocorrência verificada nos autos, a saber, a troca de pulseiras (e prioridades de observação) e o respetivo encaminhamento da utente para zona diferente da que deveria, com potencial atraso na 1ª observação médica;

56. Com efeito, recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados, 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, os quais são uma garantia de acesso aos cuidados qualitativamente necessários e adequados;

57. Sendo esta vertente uma preocupação amplamente reconhecida e incorporada nas boas práticas clínicas, bem como nas mais diversas orientações emitidas pelas entidades competentes;

58. 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.

59. Sendo certo 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.

60. Devendo o HDS garantir que todos os seus profissionais adequam a sua conduta aos procedimentos em vigor naquela unidade de saúde.

Ora,

61. Quanto a esta matéria vem o HDS esclarecer que [...] *De forma a prevenir futuras situações foi realizada acção de sensibilização junto da equipa de enfermagem para melhor atenção à identificação da pulseira de prioridades. [...]* o que se mostra prudente considerando a situação em causa.

62. Assim, em face de todo o exposto, importa garantir a adoção da atuação regulatória *infra* delineada.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

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

64. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS apenas rececionou em 10 de maio de 2021, a pronúncia do HDS, nos termos seguintes:

“[...]”

a) *A procura da garantia em permanência da prestação de cuidados de saúde aos utentes no Serviço de Urgência com respeito pelos direitos e interesse legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, é asseverada pela atividade de uma equipa multidisciplinar de profissionais qualificados, que mantêm a sua formação contínua, procurando-se, em cada momento, assegurar-se uma dotação segura.*

Os procedimentos, orientações e normas de boas práticas são elaborados e divulgados.

Os indicadores de desempenho são sistematicamente monitorizados no sentido de analisar desvios e rapidamente instituir medidas corretivas.

A satisfação do doente é avaliada por meio de inquéritos de satisfação que são realizados anualmente.

As atividades no âmbito da gestão, de cuidados, de recursos humanos e de materiais promovem uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, objetivando também corresponder às necessidades e expectativas dos doentes, otimizando os recursos existentes.

b) A procura da garantia em permanência de que a triagem dos utentes é realizada nos termos definidos pelo Sistema de Triagem de Manchester, assegurando o seu correto encaminhamento e monitorização enquanto aguardam por primeira observação médica é assegurada pela definição clara dos procedimentos existentes, nomeadamente do “Circuito de doentes no Serviço de Urgência Geral”, aprovado pelo Conselho de Administração.

Para além disso o Sistema de Triagem de Prioridades Clínicas é um sistema auditável, realizando-se auditorias internas (periodicidade mensal) realizadas pelo Grupo de Enfermeiros e Médicos Auditores e externas (periodicidade anual) realizadas pelo Grupo Português de Triagem. De salientar que foi obtido o Resultado de “Conforme” na última auditoria externa a que o Serviço de Urgência foi sujeito.

A vigilância dos doentes após a triagem e enquanto aguardam por observação médica também é assegurada pelos enfermeiros que se encontram junto destas bem, coadjuvado por um sistema de vigilância cujo controlo está disponível nas salas de triagem.

Por outro lado, sempre que verifiquem alterações da condição clínica do doente impondo uma prioridade mais elevada, o doente é reavaliado e retriado.

c) Na situação em causa, os registos clínicos revelaram-se fiáveis e reproduziram a real situação clínica, na medida em que a prioridade clínica da doente foi registada no Sistema Informático SClinico como “laranja”.

d) De forma a garantir, em permanência, que os procedimentos adotados para cumprimento da presente instrução sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais, para além do exposto anteriormente, designadamente no ponto 6 do II.2. Do pedido de Informação ao HDS – “De forma a prevenir situações futuras foi realizada ação de sensibilização junto da equipa de enfermagem para melhor atenção à identificação da pulseira de prioridades”, foi reiterado aos enfermeiros triadores do Serviço de Urgência que continuassem a dar cumprimento ao estabelecido no documento “Circuito de Gestão de doentes do Serviço de Urgência Geral”, no que se refere ao encaminhamento após a triagem e colocação de pulseira, com a cor da prioridade atribuída e etiqueta de identificação, com exigência de assinatura de tomada de conhecimento (Anexo I). [...]”

65. Analisados os elementos invocados na pronúncia prestador, cumpre analisar a suscetibilidade de os mesmos infirmarem a deliberação delineada 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.

66. Assim, constata-se que o prestador apresentou já medidas que são demonstrativas da intenção de adequação do seu comportamento ao projeto de deliberação da ERS.

67. Todavia, e porque importa garantir a efetiva continuidade das diligências já iniciadas para cumprimento da presente deliberação;

68. Verifica-se a necessidade de manutenção dos termos da instrução, tal como projetada e notificada no que respeita às medidas a implementar no que respeita ao serviço de urgência.

V. DECISÃO

69. Tudo visto e ponderado, e não tendo sido garantida uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. no sentido de dever:

- a) Garantir em permanência que na prestação de cuidados de saúde, em contexto de Serviço de Urgência, sejam respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, que devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- b) Garantir em permanência que a triagem dos utentes é realizada nos termos definidos pelo Sistema de Triagem de Manchester assegurando o seu correto encaminhamento e monitorização enquanto aguardam por primeira observação médica.
- c) Garantir que os registos clínicos dos utentes sejam fiáveis e reproduzam a real situação clínica, bem como os cuidados efetivamente prestados;
- d) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos adotados para cumprimento da presente instrução, sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais;
- e) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

70. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[.] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer

obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º.

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

Aprovado pelo Conselho de Administração da ERS, nos termos e com os fundamentos propostos.

Porto, 21 de maio de 2021.



RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2021

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).