

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/042/2020;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 6 de abril de 2020, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita em 11 de março de 2020, por PL, visando a atuação do Hospital de Braga, E.P.E. (HB), prestador de cuidados de saúde registado no SRER da ERS sob o número 30922.

2. Na referida reclamação, inicialmente tratada sob o n.º REC/27985/2020, o reclamante refere que a utente AL, sua mãe, deu entrada no SU daquele prestador, no dia 4 de fevereiro de 2020, pelas 17h00, com suspeita de enfarte do miocárdio, tendo sido triada com pulseira amarela. Cerca de 3 horas depois, a utente não tinha

ainda sido observada por profissional médico. Cerca das 20h a utente caiu inanimada na sala de espera, alegadamente, por enfarte do miocárdio. O óbito foi declarado às 20h04m.

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 18 de junho de 2020, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/042/2020.

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 de Braga, E.P.E., é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 30922;

(ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente em 2 de julho de 2020;

(iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao HB em 2 de julho de 2020 e análise da respetiva resposta rececionada 17 de julho de 2020.

(iv) Pedido de parecer clínico a perito médico consultado pela ERS, em 10 de dezembro de 2020, e análise do relatório de apreciação clínica.

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação

5. “[...] *No dia 4 de fevereiro do corrente ano, por volta das 17h00, dirigi-me ao serviço de urgência do Hospital de Braga na qualidade de acompanhante da minha mãe AL, utente de saúde n.º [...]*

Na triagem foram apresentados, pela utente, os seguintes sintomas: dor no peito, braço esquerdo e vômitos. Ora, e não sendo eu profissional de saúde, aparentemente

com sintomas de foro cardíacos. No entanto, a profissional que atendeu a minha mãe atribui uma pulseira amarela, isto é, de caráter de gravidade sem risco imediato, dando a indicação para aguardar até ser atendida por um médico. E assim fizemos. A espera recomendada, para uma pulseira amarela, traduziu-se em 3 horas, sem ser chamada para ser consultada/vista até que, ainda na sala de espera, caiu inanimada no chão. Foi vítima de um enfarte cujo óbito foi declarado às 20h04.

Esta exposição serve para reclamar de urna triagem negligente que custou a vida da minha mãe.

Como é que uma profissional de saúde, rosto do Hospital de Braga na urgência, não reconhece os sintomas e não lhe atribui a devida urgência nesta situação?

Como é que o tempo de espera, para uma pulseira amarela, é tão longo e demorado?

Face ao exposto, venho por este meio, exigir o apuramento de responsabilidades para este caso de negligência pura. [...]

6. Em resposta à reclamação o HB informou o seguinte:

“[...] Cumpre-nos informar que, o atendimento aos Utentes no Serviço de Urgência é feito de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester — sistema de cores identificativas do grau de gravidade do doente — implementado como padrão no Serviço Nacional de Saúde, e com homologação internacional

Este sistema baseia-se numa série de fluxogramas e discriminadores que são ativados em função da queixa apresentada pelo doente, sendo prioritariamente atendidos os utentes que apresentam indícios de maior gravidade, mesmo com ordem de chegada posterior.

Neste contexto, face às queixas apresentadas e dados objetivos colhidos no momento de triagem, o fluxograma, discriminador e grau de prioridade atribuído à Exma. Senhora AL, sua mãe, estão em conformidade com o previsto no Sistema Português de Triagem.

Mais informamos que, no momento seguinte à perda de consciência, foi a doente assistida de imediato, tendo sido prestados todos os cuidados tidos por adequados.

Encontrando-nos ao dispor para qualquer esclarecimento adicional tido por adequado, asseguramos que o Hospital de Braga tudo faz para prestar os melhores cuidados de saúde aos seus utentes. [...]

II.2. Do pedido de informação ao HB

7. Em face do exposto, em 2 de julho 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. *Confirmação de que a situação foi enquadrada em sede da Via Verde Coronária, ou, em caso negativo, indicação da(s) raz(ões) para que tal não tenha sucedido;*
4. *Envio de cópia do protocolo de ativação da Via Verde Coronária, em vigor nessa unidade hospitalar;*
5. *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 17 de julho de 2020, o HB veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] 1 - A utente AL, de acordo com os nossos registos clínicos, deu entrada no Serviço de Urgência desta Unidade Hospitalar no dia 04 de fevereiro do presente ano, pelas 17h20m, com queixas de dor abdominal, diarreia e náuseas, sintomas que não são totalmente coincidentes com os indicados na exposição apresentada pelo Sr. PL, datada de 11 de março de 2020, que refere "dor no peito, braço esquerdo e vômitos".

Foi triada de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, tendo-lhe sido atribuída prioridade urgente, ficando a aguardar em sala de espera.

Por volta das 19h25m, a equipa de emergência interna foi chamada à referida sala de espera para assistir a utente, por paragem cardiorrespiratória, tendo sido realizado suporte avançado de vida, sem sucesso, verificando-se o óbito às 20h04m.

Face à factualidade descrita, designadamente às queixas apresentadas pela utente no momento da triagem no Serviço de Urgência, entende-se que a situação clínica foi

avaliada e triada adequadamente, ao que acresce que a resposta dos profissionais no momento seguinte à perda de consciência foi imediata e adequada ao caso concreto.

Mais se informa que, a 08 de abril de 2020, o Hospital de Braga, E.P.E. prestou os esclarecimentos havidos por necessários ao Sr. PL, conforme cópia da N/ resposta, que se remete sob n.º 1.

2 - De acordo com a V/ solicitação, anexa-se relatório do episódio de urgência da Utente, sob o n.º 2.

3 - Em consonância com o descrito no ponto 1 e considerando as queixas apresentadas pela utente no momento da triagem, a situação não foi enquadrada em sede de Via Verde Coronária.

4 - Junta-se protocolo de ativação da Via Verde Coronária em vigor nesta Instituição, sob o n.º 3. [...]”.

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 4 de fevereiro de 2020:**

a) a utente foi triada às 17h20m com pulseira amarela:

“[...] Grau: Urgente; Fluxograma: Diarreia e/ou vômitos; Discriminador: Dor moderada; [...] Queixa: dor abdominal e diarreia (4 x) e náuseas de início hoje; palidez facial; dor que limita as AvDS; Temperatura: 37.1 °C; Score Dor: 4; [...]”;

b) a 1ª observação foi registada às 20h06m com a seguinte informação:

“[...] Emergência Interna

Chamada às 19.25H por PCR na sala de espera.

À nossa chegada em AESP - realizado SAV durante 15 ciclos (total de 3 choques por FV, restante ritmo em AESP). Realizou amiodarona. Sulfato magnésio, bicarbonato e alteplase.

Sem recuperação de ritmo.

Do que é possível apurar de história clínica com familiares: doente com dor torácica com dias de evolução e irradiação para M Superior esquerdo.

Antecedentes de DM.

Sem outros antecedentes.

Verifico óbito às 20.04H. [...]

II.3. Parecer do perito médico consultado pela ERS

10. Considerando os elementos constantes dos autos foi solicitado, em 10 de dezembro de 2020, parecer clínico a perito médico consultado pela ERS, o qual, em 19 de janeiro de 2021, emitiu um relatório de apreciação clínica no qual sustenta que:

*“[...] Morte súbita de mulher de 75 anos, na sala de espera do Serviço de Urgência do Hospital de Braga, cerca de duas horas depois de ter sido triada com a prioridade clínica de **Urgente** (Amarelo) Triagem de Manchester.*

Registo às 17:20h do dia 04/02/2020, ([...]) “Queixa: dor abdominal e diarreia (4x) e náuseas de início hoje ... dor que limita as AvDS...Score de dor :4”

*Registo da Emergência interna às 20:06h de 04/02/2020 ([...]) “Chamada às 19:25H por PCR na sala de espera... Do que é possível apurar de história clínica com familiares: **doente com dor torácica com dias de evolução e irradiação para MSuperior esquerdo. Antecedentes de DM...**”*

*Na Reclamação apresentada pelo filho que acompanhava a doente (PL) com data de 11/03/2020, está registado. “Na triagem foram apresentados, pela utente, os seguintes sintomas: **dor no peito, braço esquerdo e vômitos.**”*

Na resposta do Hospital de Braga ao reclamante é dito, a propósito da Triagem de Manchester “...Este sistema baseia-se numa série fluxogramas e discriminadores que são activados em função da queixa apresentada pela doente,...Neste contexto, face às queixas apresentadas e dados objectivos colhidos no momento da triagem, o fluxograma, discriminador e grau de prioridade atribuído à sua mãe, estão em conformidade com o previsto no Sistema Português de Triagem.”

E na análise ao teor da reclamação em resposta à ERS lê-se: “...Face à factualidade descrita, designadamente às queixas apresentadas pela utente no momento da triagem no Serviço de Urgência, entende-se que a situação clínica foi avaliada e triada adequadamente...”

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

[...]

*Da análise da documentação enviada, e pelo acima exposto, o que está em causa é o contraditório entre o que está registado na triagem- **de dor (moderada) abdominal e queixas vómitos** – que iniciou o fluxograma da triagem e atribuiu a prioridade clínica de URGENTE (amarelo), e a afirmação do acompanhante (filho) – **dor no peito, braço esquerdo e vómitos**, reiterada no registo da emergência médica... Do que é possível apurar de história clínica com familiares: **doente com dor torácica com dias de evolução e irradiação para MSuperior esquerdo**, a que corresponderia uma prioridade clínica MUITO URGENTE (laranja) e ativação imediata da VIA VERDE Coronária. Esta informação foi dada à médica da emergência, na sala de espera, pelo filho, aquando da tentativa de reversão da PCR, poucos minutos após o acidente ocorrido.*

É, pois, lícito inferir-se que a sintomatologia que levou a senhora ao SU e referida pelo filho, era queixa da doente. Mas foi a apresentada na triagem pela doente? O filho estava presente?

*Pelo registo da triagem não é possível saber se o filho acompanhava a mãe nesse momento. Só está registado na Reclamação por ele feita que "Na triagem foram apresentados, pela utente, os seguintes sintomas: **dor no peito, braço esquerdo e vómitos.**" Mas se não estava, como soube que a utente apresentou aqueles sintomas?*

A administração assume, quer na resposta à Reclamação, quer na análise que enviou à ERS: "...Face à factualidade descrita, designadamente às queixas apresentadas pela utente no momento da triagem no Serviço de Urgência, entende-se que a situação clínica foi avaliada e triada adequadamente...". Não está expresso que este episódio tenha sido auditado.

A doente, a quem foi atribuída a prioridade clínica URGENTE, devia ter sido observada no espaço de 60 minutos. É o que determina o Protocolo e é a essência da Triagem de Manchester - o cumprimento dos tempos inerentes às prioridades atribuídas. Se tal não acontecer, os doentes devem ser novamente triados, findos os

tempos correspondentes, para garantir a sua segurança após admissão no Serviço de Urgência, enquanto não realizada a observação por médico

Sem esta monitorizadas em tempo oportuno, a triagem será uma falsa segurança

Concluindo:

- No Serviço de Urgência deve estar atribuída e explícita a função e a responsabilidade médica que garanta que os doentes triados e a aguardar observação, na sala de espera, estejam efetivamente com supervisão médica.*
- Sem se saber se o filho estava presente no momento da triagem, só fica o registo da mesma que, com a queixa registada, atribuiu a prioridade de Urgente.*
- Este episódio não fica esclarecido e a administração do Hospital não explicita que tenha sido sujeito a auditoria.*
- É oportuno referir que o Protocolo da Triagem de Manchester obriga a auditorias internas e externas - (Despacho Ministério da Saúde 1057/2015, de 2 de fevereiro). [...]"*

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 de Braga, 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 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 10.º 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:*

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.

- 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;*
- 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 lhes 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 perspetiva 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
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

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

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 Ministérios 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 obstetria/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 Sépsis 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 mandatória, 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 Diretora-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 apurados no decurso das diligências encetadas pela ERS que:

45. A utente foi admitida no SU do HB, sendo triada às 17h20m com pulseira amarela:

“[...] *Grau: Urgente; Fluxograma: Diarreia e/ou vômitos; Discriminador: Dor moderada; [...] Queixa: dor abdominal e diarreia (4 x) e náuseas de início hoje; palidez facial; dor que limita as AvDS; Temperatura: 37.1 °C; Score Dor: 4; [...]”;*

46. A 1ª observação foi registada às 20h06m com a seguinte informação:

“[...] *Emergência Interna*

Chamada às 19.25H por PCR na sala de espera.

À nossa chegada em AESP - realizado SAV durante 15 ciclos (total de 3 choques por FV, restante ritmo em AESP). Realizou amiodarona. Sulfato magnésio, bicarbonato e alteplase.

Sem recuperação de ritmo.

Do que é possível apurar de história clínica com familiares: doente com dor torácica com dias de evolução e irradiação para M Superior esquerdo.

Antecedentes de DM.

Sem outros antecedentes.

Verifico óbito às 20.04H. [...]

47. Ora, resulta do *supra* exposto que a utente foi triada com prioridade urgente o que, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester (MTS), implica um tempo alvo de atendimento de 60 minutos.

48. Não obstante, apenas pelas 19h25 foi observada por profissional médico, já em paragem cardiorrespiratória.

49. De acordo com a informação do HB “[...] *Face à factualidade descrita, designadamente às queixas apresentadas pela utente no momento da triagem no Serviço de Urgência, entende-se que a situação clínica foi avaliada e triada adequadamente, ao que acresce que a resposta dos profissionais no momento seguinte à perda de consciência foi imediata e adequada ao caso concreto.* [...]”.

50. Note-se, no entanto, que a informação prestada pelo reclamante, que acompanhava a utente, não é coincidente com a informação recolhida durante a triagem;

51. Sendo por este referido que a utente deu entrada no SU com [...] *dor no peito, braço esquerdo e vômitos [...]*, informação que foi repetida à medicação assistente, após a perda de consciência e que se encontra registada na informação clínica.

52. Ora, não sendo possível afirmar que a triagem foi incorretamente realizada, por eventual desvalorização dos sintomas invocados pelo reclamante;

53. Resulta inequívoco que não existindo registo de atendimento médico e/ou enfermagem, desde a triagem realizada às 17h20 até às 20h05, hora em que o profissional de saúde que procedeu ao primeiro atendimento registou “[...] *Chamada às 19.25H por PCR na sala de espera.* [...]”, o tempo alvo de atendimento não foi cumprido, sendo que a utente não se encontrava monitorizada por qualquer profissional, nem tampouco foi sujeita a retriagem, o que de resto era a atuação obrigatória após ultrapassado o tempo alvo para observação clínica (60 minutos);

54. Conforme resulta da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde, “[...] 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. [...]”;

55. Pelo exposto, constata-se que a conduta do HB, relativamente à situação concreta ora analisada, não se revelou suficiente à cautela dos direitos e interesses legítimos da utente;

56. Na medida em que o prestador não acautelou o seu devido acompanhamento, de modo a que esta fosse tratada com correção técnica e em tempo útil.

57. Opinião suportada pelo parecer do perito médico consultado pela ERS.

58. Ora, compulsados os elementos instrutórios recolhidos nos presentes autos, resulta que à data dos factos o HB tinha já implementado o Sistema de Triagem de Manchester, tendo por isso definido um procedimento específico para o serviço de urgência;

59. No entanto, é patente que, no caso específico, ora em análise, aqueles procedimentos não foram corretamente seguidos.

60. 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;

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

62. 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.

63. Aliás, conclusão esta enfatizada 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”*.

64. 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.

65. Devendo o HB 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 mesmos.

66. Em face de todo o exposto, importa garantir a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, por forma a assegurar o respeito dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, particularmente no que concerne à necessidade de aqueles serem prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

67. 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 HB e o reclamante.

68. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS apenas rececionou em 20 de maio de 2021, a pronúncia do HB, nos termos seguintes:

“[...]”

1. *A instrução da Entidade Reguladora da Saúde ao Hospital de Braga, E.P.E. contempla:*

- *A garantia 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 art.º4 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;*

- *A adoção de procedimentos internos necessários para garantir que os cuidados de saúde descritos anteriormente são prestados aos utentes com qualidade, celeridade, prontidão, não os sujeitando a períodos de espera excessivamente longos para realização de tratamentos e procedendo à sua retriagem sempre que excedido o tempo alvo de atendimento fixado pelo Sistema de Triagem de Manchester, conforme disposto na Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde;*

- *A implementação de procedimentos de análise e discussão sistemática dos casos problemáticos da triagem de Manchester*

- *A garantia 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 os profissionais; e*

O cumprimento imediato da presente instrução, bem como dar conhecimento à Entidade Reguladora da Saúde, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

2. *Face ao projeto de deliberação final da Entidade Reguladora da Saúde, com emissão de uma instrução, o Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E. instaurou o Processo de Inquérito, com o n.º 10-1/2021, relativo ao apuramento das circunstâncias em que ocorreu a assistência à doente AF, no Serviço de Urgência, em 4 de fevereiro de 2020, através de deliberação do Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E., datada a 6 de maio de 2021 — cfr. o doc. n.º 2 1, que por simplicidade se junta.*

3. O referido *Processo de Inquérito* culminou com proposta de arquivamento quanto a matéria de responsabilidade disciplinar e de implementação de medidas e procedimentos, aprovada por deliberação do Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E., datada a 20 de maio de 2021 — cfr. o doc. n.º 2, que por simplicidade se junta.

4. Através da referida deliberação, o Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E. incumbiu o Serviço de Urgência e o Serviço de Qualidade, Segurança e Epidemiologia da implementação de procedimentos internos necessários para garantir que os cuidados de saúde são prestados aos utentes com qualidade, celeridade, prontidão, não os sujeitando a períodos de espera excessivamente longos para realização de tratamentos e procedendo à sua retriagem sempre que excedido o tempo alvo de atendimento fixado pelo Sistema de Triagem de Manchester, e da implementação de procedimentos de análise e discussão sistemática dos casos problemáticos da triagem de Manchester, Serviços que se encontram a analisar os referidos procedimentos e a implementar as alterações necessárias.

5. Mais se informa que o Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E., através da mesma deliberação, solicitou ainda ao Serviço de Comunicação e Imagem a respetiva divulgação e reforço da comunicação dos procedimentos internos a adotar, garantindo que os procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais de saúde, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras aos serviços competentes,

6. A divulgação e o reforço da comunicação dos procedimentos internos serão efetuados posteriormente à sua efetiva revisão por parte do Serviço de Urgência e do Serviço de Qualidade, Segurança e Epidemiologia.

Assim, face ao exposto e encontrando-se em cumprimento de todos os pontos da instrução emitida no projeto de deliberação final da Entidade Reguladora da Saúde ao Hospital de Braga, E.P.E., relativamente ao *Processo de Inquérito* n.º ERS/042/2020, cumpre ao Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E. dar conhecimento à Entidade Reguladora da Saúde dos procedimentos adotados para dar cumprimento à instrução, em respeito do prazo estipulado de 30 dias úteis [...]"

69. O HB veio juntar aos autos as conclusões do Processo de Inquérito n.º 10-1/2021, internamente instaurado, e que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

“[...]”

I - INTRODUÇÃO

1.1 Por deliberação do Exmo. Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E., datada de 6 de maio de 2021, foi instaurado o presente Processo de Inquérito n.º 10-1/2021, para apuramento das circunstâncias em que ocorreu a assistência referente ao episódio n.º [...], ocorrido em 04.02.2020 com a doente AL com o HB [...];

1.2 Pela mesma deliberação foi nomeado Instrutor o signatário, tendo comunicado, superiormente, o início da instrução no dia 11 de maio de 2021;

1.3 Em 11 de maio de 2021, foram autuados ao presente Processo de Inquérito, os seguintes documentos: notificação do projeto de deliberação de decisão de processo de inquérito n.º ERS/042/2020, datado 13 de abril de dois mil e vinte e um, contendo reclamação apresentada por PL, filho da doente AL com o n.º .de exposição [...] - SU; cópia da resposta à reclamação remetida pelo Hospital de Braga mediante ofício datado de 30 de março, de dois mil e vinte; relatório de apreciação clínica elaborado em 19 de janeiro de dois mil e vinte e um pelo perito consultor nomeado pela Entidade Reguladora da Saúde; notificação de abertura de processo de inquérito através de ofício da ERS datado de 2 de julho de dois mil e vinte; cópia da informação prestada pelo Hospital de Braga com a referência CA_280/2020, de 15 de julho de dois mil e vinte; protocolo específico Via Verde Coronária com referência PTC.SU.017.02 e resumo do episódio de urgência [...], datado de 4 de fevereiro de dois mil e vinte.

II - INSTRUÇÃO

2 - Iniciada a instrução, praticaram-se as seguintes diligências instrutórias:

2.1 - Foram ouvidos em declarações e pela ordem seguinte:

- Enfs. AF, enfermeiro gestor do Serviço de Urgência, fls. 29 e 29 vº;*
- Dr. JT, diretor do Serviço de Urgência, fls.30 e 30 vº;*
- Dra. CP, médica; Unidade de Cuidados Intensivos, fls. 35*

- *Enfª FP, enfermeira do Serviço de Urgência, fls. 36 vº.*

2.2 - Foram juntos ao processo o relatório mensal de auditoria à triagem de Manchester relativo ao mês de fevereiro de 2020 e o relatório anual de auditoria à triagem de Manchester relativo ao ano 2020.

2.3 - A instrução foi encerrada em 14 de maio de 2021 e elaborado o respetivo termo de encerramento.

III - DA FACTUALIDADE

3. Das diligências instrutórias, com interesse para a decisão, resultaram apurados os seguintes factos:

3.1 - A doente foi admitida no Serviço de Urgência e trída às 17h e 20 mn do dia 04 de fevereiro de 2020, tendo-lhe sido atribuída a prioridade urgente (amarelo, terceiro nível de prioridade), fluxograma Diarreia e/ou vômitos, por queixa de dor abdominal e diarreia.

3.2 - Pelas 19h e 25 mn (cerca de 2h após o episódio de triagem) e de acordo com os registos clínicos, foi identificada paragem cardiorrespiratória enquanto se encontrava na sala de espera a aguardar atendimento;

3.3 - Foram acionados de imediato os recursos de Emergência interna que efetuaram manobras de reanimação sem sucesso, sendo declarado o óbito pelas 20h e 04mn desse mesmo dia 04 de fevereiro de 2020 e solicitada autópsia.

3.4 - A profissional que realizou a observação médica em Emergência teve contacto com familiares apurando antecedentes de história clínica de dor torácica com dias de evolução e irradiação para membro superior esquerdo.

3.5 - Após realização da triagem os doentes são informados de que poderão regressar à triagem no caso de verificarem alterações ao seu estado, sendo vigiados pelo assistente de sala enquanto aguardam atendimento, não estando implementado processo de retriagem.

3.6 - O Serviço de Urgência efetuou auditorias mensais e anuais ao processo de triagem de Manchester.

4.1 - Foi analisado todo o percurso clínico da doente no SU, consultados os registos clínicos e o texto da reclamação e ouvidos profissionais acima identificados,

apurando-se que a enfermeira FP foi a profissional que procedeu à triagem da doente no SU e a Dr.^a CP, a médica intensivista que coordenou os esforços de reanimação cardiorrespiratória e que procedeu aos registos médicos no processo clínico eletrónico (cfr. fls. 35 e 36).

4.2 - De acordo com os registos que constam do processo clínico, as queixas da doente no momento da triagem resultaram num correto seguimento do protocolo de triagem e não havia critérios para ativação de qualquer tipo de vias verdes (Coronária, AVC ou Sépsis).

4.3 - Não foi possível apurar se a doente no momento da triagem estava acompanhada por algum familiar, mormente pelo filho, quer pelas declarações prestadas pelos profissionais ouvidos, quer pelo texto da reclamação apresentada pelo filho da doente.

4.4 - Em momento algum anterior ao episódio de paragem cardiorrespiratória, ficou demonstrado que as queixas referidas pelo filho da doente no texto da reclamação - e que, segundo o próprio, corresponderiam às queixas principais da doente e poderiam ter tido influência na classificação de prioridades - tenham sido comunicadas a qualquer profissional de saúde.

4.5 - De igual modo, não foi possível apurar se o filho estava junto da doente aquando do episódio de paragem respiratória, ou se a médica só comunicou com ele após ter sido declarado o óbito.

De acordo com as declarações prestadas a fls. 35, a médica referiu que as informações que transcreveu no processo clínico sobre as queixas da doente, foram-lhe transmitidas pelo filho da doente. Não se lembra de ter sido informada por nenhum profissional de saúde de queixas similares às que lhe foram transmitidas pelo filho.

4.6 - Não foi possível apurar o modo e tempo de ativação para assistência à situação de paragem cardiorrespiratória nem se o filho estava presente, mas a médica que assistiu refere ter convicção de que apenas teve contacto com o mesmo para comunicação do óbito.

4.7 - Dos elementos probatórios recolhidos, apurou-se que a após a triagem os doentes são encaminhados para as respetivas áreas de espera até à observação médica, de acordo com o nível de prioridade estabelecido. Em cada uma destas salas, existe um assistente de sala (normalmente um assistente operacional) que tem

como missão conduzir os doentes aos gabinetes para observação médica e estar alerta sobre alguma alteração do estado do doente que obrigue a um contacto com um profissional de saúde. Não é possível garantir que existe uma monitorização e uma supervisão contínuas em relação aos doentes já triados e que aguardam observação médica. Na altura da triagem os doentes são alertados para o facto de deverem informar qualquer profissional de saúde (o enfermeiro de triagem se for necessário) se houver alguma alteração do seu estado de saúde, antes da observação médica. Este alerta conduz, habitualmente, a observação médica imediata.

4.8 - Existem procedimentos mensais de auditoria interna aos enfermeiros que realizam o processo de triagem e que originam relatórios mensais e anuais enviados às tutelas, nomeadamente, através da Comissão de Qualidade e Segurança (cfr.37). Existem critérios e patamares estabelecidos para identificação das necessidades de recertificação e formação.

4.9 - As auditorias externas, que são competência do Grupo Português de Triagem e que deveriam ser efetuadas anualmente, não se efetuam com a regularidade prevista. Os responsáveis do SU do HB apenas têm memória de uma auditoria externa realizada nos últimos dez anos (cfr. 29 e 30)

4.10 - Inquiridos os responsáveis do SU, estes informaram que uma situação como esta que está em análise, não é considerada um indicador-sentinela, nem está prevista como tal no manual do Serviço de Urgência, e por isso não obriga a comunicação e auditoria imediatas.

V - CONCLUSÕES

5. Analisada a prova documental e testemunhal no presente processo de inquérito conclui-se que:

5.1 - Pelos registos escritos do processo clínico e pelos testemunhos ouvidos não é possível afirmar que existiu qualquer desvio das normas estabelecidas no Protocolo de Triagem de Manchester, verificando-se uma correta identificação do fluxograma e discriminador de acordo com as queixas apresentadas;

5.2 - O tempo-alvo de atendimento, neste caso em concreto, não foi cumprido. As normas da DGS contemplam alguns procedimentos que permitem minorar as eventuais consequências destas situações, aliás, frequentes em todos os hospitais e

muito dependentes da afluência simultânea de doentes e da disponibilidade de profissionais

5.3 - Não há registo, nem existe conhecimento, direto ou indireto, que tenha sido comunicada a o assistente de sala ou a outro profissional de saúde, qualquer alteração do estado clínico da doente durante a permanência no espaço de espera até atendimento.

5.4 - Logo que foi identificada a situação de paragem cardiorrespiratória foram acionados todos os mecanismos previstos.

5.5 - No HB, existem procedimentos regulares de auditoria interna, devidamente registados, de acordo com as normas previstas no acordo com o Grupo Português de Triagem.

5.6 - Não tem havido auditorias externas ao processo de triagem as quais são da responsabilidade do Grupo Português de Triagem.

VI - PROPOSTA

6. Face ao exposto, em conformidade com a apreciação de toda a matéria e de harmonia com as Conclusões, propõe-se:

a) Não havendo indícios da violação, por parte dos profissionais envolvidos, de quaisquer deveres previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções públicas e no Código do Trabalho, passíveis de infração disciplinar, o arquivamento do presente processo por se entender não haver lugar a procedimento disciplinar;

b) A implementação de medidas que permitam a cabal observância dos procedimentos respeitantes à triagem de Manchester, designadamente do ponto 15 da Norma n.2002/2018 da DGS, no que se refere à reavaliação dos doentes triados;

c) A Definição de um conjunto de indicadores e de situações (indicadores-sentinela) adaptados ao SU que obriguem a auditoria e investigação sistemáticas, independentemente da existência ou não de reclamações e sob a supervisão da Comissão de Qualidade e Segurança;

d) Criação de sistemas de acompanhamento, de monitorização e de supervisão, de todos os doentes triados e que se encontrem a aguardar observação médica. Estes sistemas podem passar por alterações de circuitos e de espaços, uso de meios

tecnológicos (p.ex. botões de alarme e uso de imagem) e aumento ou reafecção de recursos humanos. [...]”

70. 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.

71. Assim, constata-se que o prestador na sua pronúncia manifesta a sua vontade de coadunar o seu comportamento, no que respeita à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e adequado à situação clínica dos utentes;

72. Tendo para tanto demonstrado a intenção de dar cumprimento à instrução projetada, sem que, contudo, tenha enviado documentação de suporte, comprovativa da implementação das medidas para tal preconizadas;

73. Acresce que, a intervenção regulatória, tal como prevista no projeto de deliberação regularmente notificado, visa igualmente a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações decorrentes das regras e orientações, a cada momento aplicáveis, de forma a assegurar o respeito dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, particularmente no que concerne à necessidade da sua permanente monitorização no âmbito de episódios de urgência;

74. Pelo que, não tendo resultado da pronúncia do prestador quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, propõe-se a sua manutenção na íntegra.

V. DECISÃO

75. 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 de Braga, 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) Adotar os procedimentos internos necessários para garantir que os cuidados de saúde descritos na alínea anterior são prestados aos utentes com qualidade, celeridade, prontidão, não os sujeitando a períodos de espera excessivamente longos para realização de tratamentos e procedendo à sua retriagem sempre que excedido o tempo alvo de atendimento fixado pelo Sistema de Triagem de Manchester, conforme disposto na Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde;

c) Implementar procedimentos de análise e discussão sistemática dos casos problemáticos da triagem de Manchester;

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.

76.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”.

77.Considerando que é à Ordem dos Médicos que caberá aferir da adequabilidade clínica da atuação dos profissionais do Hospital de Braga, E.P.E., deve o presente processo, a final, ser encaminhado para esta entidade, solicitando que logo que possível, deem conhecimento à ERS das conclusões que venham a ser apuradas.

78.A presente deliberação será levada ao conhecimento do Ministério Público.

79.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, 2 de junho 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).