

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/035/2017;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (doravante abreviadamente ERS) tomou conhecimento da reclamação subscrita por F.M., filho da utente N.L., em 19 de fevereiro de 2017, visando a atuação do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E. (doravante abreviadamente CHUA), unidade de saúde registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (doravante abreviadamente SRER) da ERS sob o n.º 22789.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/13644/2017, o exponente alega, em suma, que não foi prestado auxílio à utente N.L., no decurso de episódio de urgência durante o tempo de espera para triagem, o que veio a resultar no falecimento da mesma.
3. Para uma averiguação preliminar dos factos enunciados pelo exponente, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/033/2017.
4. No entanto, face aos elementos recolhidos no referido processo de avaliação e atendendo à necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 5 de julho de 2017, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/035/2017, com o intuito de avaliar se o prestador se encontra a cumprir com o prescrito nas regras e orientações no âmbito de cuidados hospitalares urgentes, por forma a garantir que aqueles são aptos a assegurar o acesso aos cuidados de saúde necessários e em tempo útil.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E. (CHUA), constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde registado no SRER da ERS;
 - (ii) Pedido de elementos enviado ao CHUA em 26 de abril de 2017, e análise da resposta endereçada à ERS, datada de 31 de maio de 2017;
 - (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente em 14 de julho de 2017;
 - (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos adicional enviado ao CHUA em 14 de julho de 2017, com insistência de 29 de agosto, e análise da resposta endereçada à ERS, datada de 20 de setembro de 2017;
 - (v) Pedido de relatório de apreciação clínica a perito enfermeiro consultor da ERS a 15 de novembro de 2017, e análise do respetivo parecer;

- (vi) Análise do ofício remetido pelo CHUA e datado de 20 de novembro de 2017.

II. DOS FACTOS

6. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo exponente na sua reclamação:

“[...]”

No dia 14/02/2017 desloquei-me com a minha mãe (N.L.) ao Hospital do Barlavento, nas urgências.

A minha mãe encontrava-se com falta de ar e dores fortes no peito.

Depois de feita a respetiva inscrição, a minha mãe pediu-me ajuda que não conseguia respirar. Nesse momento pedi ajuda no local onde se faz a triagem dos doentes, foi-me negado auxílio e expulsaram-me da sala pela enfermeira de serviço. [...] A minha mãe faleceu passado 30 a 45 minutos por falta de auxílio. [...]”.

7. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu, em 6 de março de 2017, os seguintes esclarecimentos ao reclamante:

“[...]”

De acordo com a exposição que nos endereçou, e que agradecemos, cumpre-nos informar, que após analisada a situação com o Serviço de Urgência, verifica-se que a triagem encontrava-se ocupada com um doente que estava a ser triado, razão pela qual o atendimento não foi mais célere. Embora tenha sido atendida no tempo preconizado pela triagem.

Independentemente da situação descrita, a doente foi prontamente atendida na sala de reanimação, onde lhe foram prestados os cuidados necessários para a situação, que era emergente. [...]”.

8. Nessa sequência, foi enviado um pedido de elementos ao CHUA, por ofício datado de 26 de abril de 2017, concretamente solicitando:

“[...]”

1. Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada sobre a situação descrita na aludida reclamação, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais;

2. *Envio de identificação da utente (nome completo, número de utente) e cópia do relatório do episódio de urgência da utente (Alert), em 14 de fevereiro de 2017;*
 3. *Informação relativa ao número de profissionais médicos, com indicação das especialidades respetivas, presentes no serviço de urgência no dia 14 de fevereiro de 2017;*
 4. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos protocolos e/ou procedimentos implementados no Serviço de Urgência, entre a admissão dos utentes e até à triagem;*
 5. *Se pronunciem sobre a instauração de processo de averiguação interno para apuramento dos factos ocorridos, bem como das conclusões já alcançadas acompanhadas do respetivo suporte documental;*
 6. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
9. Nessa sequência, por ofício datado de 31 de maio de 2017, veio o CHUA remeter os esclarecimentos prestados pelo Diretor do Serviço de Urgência, de onde cumpre destacar o seguinte:

“[...]”

1º- A doente deu entrada neste Serviço de Urgência no dia 14 Fevereiro 2017, pelas 01.34 horas.

Depois da inscrição, foi realizada a triagem pelas 01.42h (8 minutos) e foi triada de Amarelo (máximo previsto até 60 minutos de atendimento).

2º- Após a inscrição, familiar, filho da doente, entrou subitamente pela Sala de Triagem a exigir que a doente fosse vista “já”.

A enfermeira da Triagem encontrava-se com outro doente a fazer Triagem (doente B.) e foi-lhe dito que teria de esperar, pois estava a observar, triar outro doente.

De imediato, com agressividade, agarrou a secretária e o computador, danificando-os.

Foi chamado o segurança e colocado o senhor fora da Sala de Triagem.

A doente foi triada 8 (oito) minutos depois, de Amarelo.

3º- A doente entra na Sala de Pré-Atendimento a aguardar observação.

Nesta sala apresentou quadro de palidez cutânea, sudação e hipoxénia (85% saturação).

Agravamento do estado geral, foi colocada na Sala de Emergência e observada imediatamente por Especialista de Medicina Interna.

A doente faz quadro de paragem Cardio-Respiratória.

Foi de imediato contactado a anestesia que intubou e ventilou a doente e feitos os procedimentos adequados.

A doente veio a falecer.

[...]

5º- Não foi instaurado processo de Averiguação interno. [...].”.

10. Em anexo a tais esclarecimentos, juntou o CHUA cópia do Relatório de Urgência da utente, de 14 de fevereiro de 2017, do qual consta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

“[...]

Data de admissão

01:34h 14-Fev-2017 [...]

Triagem

Tipo de triagem: Manchester

Queixa: Recorre ao serviço por dificuldade respiratório com início ontem. Refere dor de garganta e dor torácica tipo pleurítica. A saturar a 85% em ar ambiente. [...]

*Prioridade: **Amarelo – Urgente***

FLUXOGRAMA: DISCRIMINADOR: 27 – Dor torácica: Dor moderada? Sim

[...]

Enfª. J.A. / 01:42h 14-Fev-2017

Histórico da doença actual

Mulher 70 anos de idade [...]

Trazida ao SU cerca de 01:34h

Na triagem apresentou queixas de dor de garganta e dor torácica tipo pleurítica com início no dia anterior. Não fez nenhum tratamento.

Foi para sala de pré-atendimento, onde apresentou um quadro de palidez cutânea, ficou suada, com hipoxemia 85%. Após colocação de oxigénio teve agravamento do

estado geral com necessidade de colocação na S. de Reanimação, onde entrou logo em PCR.

Foram iniciadas manobras de SAV.

Feito ECG que mostrou alterações sugestivas EAM

Após cerca de 40 minutos de reanimação doente acabou por falecer.

Verificado óbito às 03:02h [...]

Notas do enfermeiro

*Doente que dá entrada na sala de reanimação, consciente e aparentemente orientada.
[...]*

Utente que agrava o estado e entra em paragem cardiorespiratória cerca das 1:50h, tendo sido iniciadas de imediato manobras de suporte imediato de vida.

[...] Cerca das 3:02 entra em assistolia e é declarado o óbito.

Médicos assistentes informaram o filho, tendo sido prestado apoio emocional.

Foram prestados cuidados pós-mortem.

T.G. (Enfermagem) / 04:15h 14-Fev-2017

doente entrada na sala de pré atendimento

apresentava-se consciente e aparentemente orientada

pele morna, descorada e seduretica que agrava progressivamente

dispneica, colocado aporte de oxigénio por máscara de alto fluxo apresentando saturações entre os 70 a 80%

com pouca resposta a oxigenioterapia

apresenta frequência cardíaca entre os 65 e 70 bmin

foi encaminhada para a sala de reanimação

N.F. (Enfermagem) / 03:17h 14-Fev-2017

Antes de ser chamada para ser triada, doente entrou na sala de triagem acompanhada do filho, que exigiu que a mãe fosse vista, tendo-se tornado agressivo, gritando, voltando a mesa da triagem ao contrário. Foi explicado ao senhor que teria de aguardar que fosse terminada a triagem da doente que se encontrava na sala de momento, continuando o familiar com o mesmo discurso e com a mesma agressividade. Entraram outros profissionais de saúde na sala de triagem, inclusive

um amigo do familiar, tendo retirado o senhor da sala, juntamente com a senhora que foi chamada logo após o término da triagem anterior.

Enfª. J.A. / 02:51h 14-Fev-2017

[...]

Diagnóstico de saída

Enfarte agudo do miocárdio (410) (Em investigação) [...]”.

11. Nessa senda, foi enviado um pedido de elementos adicional ao CHUA por ofício datado de 14 de julho de 2017, e posterior insistência de 29 de agosto de 2017, concretamente solicitando:

“[...]

1. [...] *Esclareçam quais foram os motivos e/ou razão pela qual foi atribuída pulseira amarela à utente, tendo em conta o quadro clínico apresentado;*
2. *E, considerando que do V/ ofício com referência DC/AS-1392/17, rececionado em 6 de junho de 2017, não constam todos os esclarecimentos solicitados por esta Entidade Reguladora em 26 de abril de 2017, nem tão pouco foi junto suporte documental do alegado por V. Exas., cumpre reiterar o solicitado nessa sede, devendo V. Exas. dar cumprimento ao solicitado e proceder ao envio do respetivo suporte documental, a saber:*
 - a) *Informação relativa ao número de profissionais médicos, com indicação das especialidades respetivas, presentes no serviço de urgência no dia 14 de fevereiro de 2017;*
 - b) *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos protocolos e/ou procedimentos implementados no Serviço de Urgência, entre a admissão dos utentes e até à triagem.*
3. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]*”.

12. Nessa sequência, por ofício datado de 20 de setembro de 2017, veio o CHUA informar que “[...] o Conselho de Administração deliberou instaurar um processo de inquérito na sequência da exposição do Sr. F.M. aquando do atendimento da sua mãe N.L., no Serviço de Urgência da UHPortimão deste Centro Hospitalar no dia 14/02/2017”, mais informando o prestador o seguinte:

“[...]

1ª – A reclamação foi efetuada no Livro de Reclamações de Portimão e não no Hospital de Faro, como é referido.

2ª – Complementando a resposta já dada em 22 de Maio de 2017.

3º – No que respeita a atuação dos Procedimentos/ Protocolos no Serviço entre a admissão de doentes, até a triagem, esta rege-se, pela metodologia processada pelo sistema da Triagem de Manchester. O doente foi triado pelas queixas apresentadas e como V. Exª tem conhecimento, o triador só pára no discriminador que não consegue negar. Ora o fluxograma da opção foi dor torácica, negando o triador a dor pré cordial que é descrita no sistema de triagem de Manchester “Classicamente, uma dor construtiva, ou “pesada” no centro do peito, podendo irradiar para o braço esquerdo ou para o pescoço poderá estar associada a suores e náuseas”.

Ora não há evidência na queixa desta situação. Assim o triador prosseguiu no fluxograma, vindo a parar no discriminador dor moderada, que corresponde à prioridade amarela. [...]”.

13. Em anexo a tais esclarecimentos, juntou o CHUA os seguintes documentos:

- (i) Lista dos profissionais médicos presentes no Serviço de Urgência nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2017, com indicação das especialidades respetivas;
- (ii) Protocolo de atuação – “Circuito de gestão de doentes no Serviço de Urgência médico-cirúrgico - Unidade Hospitalar de Portimão (CHA)”.

14. Tendo em conta a necessidade de avaliação técnica dos novos elementos trazidos ao conhecimento da ERS pelo CHUA, em 15 de novembro de 2017 foi solicitado parecer a perito enfermeiro consultor da ERS, o qual refere, em suma, o seguinte:

“[...]”

- No documento enviado à ERS pelo Dr. I.D., em 22/05/17 existe uma confusão nas horas de chegada da doente ao SU (1.34) e a hora da triagem (1.24). Logo, a triagem não poderá ser feita sem a doente chegar ao hospital. Penso que quis dizer (1.42);
- Os tempos, entre a chegada ao SU. (1.34) e a triagem (1.42), isto é, 8’ minutos depois da chegada; agravamento da situação clínica e a ida para o SE. (2.21), (40` encontram-se dentro dos parâmetros normais e dentro das diretrizes da Triagem de Manchester;
- Doente sem história de insuficiência Cardíaca, só Hipertensão e diabetes;
- Escala de dor de 4 (0-10) – Moderada;

- *Hipoxemia e com dificuldades respiratórias desde o dia anterior;*
- *Palidez e sudorese súbita, não se encontrando assim, à entrada. Após 40´ de ter feito a triagem a doente fica hemodinamicamente instável;*
- *Ausência de informação sobre se este agravamento foi gradual ou repentino. Pelo comportamento do filho da doente terá sido gradual;*
- *A atuação dos profissionais no SE está em conformidade com as diretrizes emanadas para o tratamento do doente em estado crítico;*

[...]

- *Profissionais de saúde em número e especialidades em conformidade com as lotações seguras;*
- *Existência de protocolos de atuação referentes ao circuito de gestão de doentes no serviço de urgência (nº17, CHA). É de realçar o ponto 2 da alínea a), « um enfermeiro dotado de competências para o efeito e certificado pelo grupo Português de Triagem....».”;*

15. Mais concluindo que:

“[...]

Tendo em consideração as queixas da doente à entrada do hospital, assim como, as suas manifestações clínicas, o triador usou o fluxograma correto: pulseira amarela com atendimento até 60`. Contudo, quando as queixas manifestadas pelos doentes são de dor, e estando muitas vezes a tolerância à dor ligada à subjetividade faz com que o doente não transmita com clareza a tipologia e localização, o que levou a tomar a opção por dor torácica em detrimento da dor pré cordial. Um triador perito, certamente que, perante a dúvida, usaria um fluxograma diferente e mais de acordo com a sintomatologia que a doente, mais tarde, veio a manifestar. O posto de trabalho de triagem deve ser ocupado por um profissional com determinadas competências e experiência nessa atividade, conforme é visível nos protocolos de atuação referentes ao circuito de gestão de doentes no serviço de urgência (nº17, CHA), existentes nesta instituição. [...] Embora a triagem inicial fosse a exposta, não quer dizer que durante o período de espera a situação clínica não se agrave. Um perito nesta área teria em consideração a ansiedade exagerada dos familiares e no mínimo voltaria a submeter a doente a nova avaliação (o número de doentes em sala de espera era reduzido, logo a carga de trabalho não estava aumentada), com uma nova triagem, seria notório as novas manifestações clínicas e passaria no imediato para a sala de emergência. O que não significa que o resultado final fosse diferente do que, lamentavelmente

aconteceu. Dotações seguras para a prática de atendimento em doente em estado crítico. Todo o desenrolar da situação esteve em conformidade com as normas padronizadas para o doente crítico. Doente com história TA. Baixas e diabetes altos deveria ter uma avaliação, com registo à entrada e não apenas quando foi atendida, ou seja, 40´ depois, na sala de emergência. Qualquer profissional de saúde que esteja no atendimento direto aos doentes deve ter formação na prática de comunicar assertivamente, lidar com as emoções e gestão de conflitos. Fazendo prova dos relatos, o comportamento desta profissional não está de acordo com estas orientações, não contribuindo para melhoria da humanização dos serviços.”.

16. Adicionalmente, e por ofício datado de 20 de novembro de 2017, o CHUA remeteu as conclusões do processo de inquérito n.º 40/2017, instaurado internamente para apuramento dos factos em apreço nos presentes autos, e de onde resulta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

“[...]”

12 - Ressalta da audição da Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Portimão, em 26 de Setembro de 2017, que esta confirma os registos efectuados pelo Sr. Diretor do Serviço de Urgência, em resposta aos ofícios da ERS, esclarecendo ainda que foram elaborados em conjunto e assinados pelo Diretor do Serviço.

Ainda entende ter a triagem desta doente ter sido a correta, perante a queixa da doente e dada a formação específica neste sistema de triagem da enfermeira triadora.

Confirma ainda o registo assinado pela Enfermeira chefe de turno e também transmitido verbalmente, da interrupção havida no atendimento a uma doente, pelo familiar da pessoa atendida e reclamante neste processo.

13 - Da audição do Sr. Diretor do Serviço de Urgência, em 26 de Setembro de 2017, resulta que dá como verdade os ofícios que assinou e que na sua presença foram lidos.

14 - Ainda no dia 26 de Setembro de 2017 é ouvida em declarações a Enfermeira Auditora Interna e Externa do Sistema de Triagem de Manchester, A.G. que relembra que este sistema "estabelece uma prioridade de atendimento . . . não sendo o seu objecto o estabelecimento de diagnósticos" e refere "face a esta queixa da doente, o triador podia ter optado, por um de três fluxogramas", porém em sede de auditoria interna não consideraria uma triagem correta" e sugere o pedido de análise ao Grupo Português de Triagem.

Analisa as horas a que os registos foram produzidos e que estão no Relatório de urgência relativo ao atendimento da doente N.L., de 14 de fevereiro de 2017 e refere que os registos estão dentro dos valores preconizados.

15 - Ainda no dia 26 de Setembro de 2017 é ouvido em declarações o Enfermeiro Auditor Interno e Externo do Sistema de Triagem de Manchester, A.G., que na análise a este Relatório de urgência relativo ao atendimento da doente N.L., de 14 de fevereiro de 2017, considera a triagem efectuada não conforme, "que embora a doente não apresentasse sintomas, tinha uma baixa saturação de oxigénio periférico". Sugere também o parecer do Grupo Português de Triagem.

16 - Solicitado parecer por mail ao Grupo Português de Triagem em relação ao episódio em causa, é enviada resposta pelo mesma via, pelo Dr. P.F., Responsável Nacional pelo Grupo Português de Triagem e pela Enfermeira A.V., Instrutora e Auditora Sénior do Grupo Português de Triagem, que referem "é nosso parecer à luz dos dados disponíveis que a triagem deste episódio foi efectuada de forma incorrecta" em 28 de Setembro de 2017.

17 - Em 6 de outubro de 2017, é ouvida em declarações J.A., enfermeira do Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Portimão, triadora da doente N.L., no dia 14 de fevereiro de 2017, que confirma ter sido a triadora no episódio em causa.

Questionada sobre a triagem em causa, refere que de acordo com as queixas evidentes da doente, foi suficiente para orientar na escolha do fluxograma, porém e dada a distância temporal entende que podia ter dado relevância à outra queixa, que embora do dia anterior tinha associada uma saturação baixa, aqui orientaria para outro discriminador e outra prioridade.

Refere ainda que a saturação baixa foi um achado, já que nada mais havia de queixas, como dispneia, tiragem ou outra qualquer.

Ao relatar o sucedido refere que a doente foi triada, e passou à "sala de pré-atendimento" tendo pedido ao colega que iniciasse oxigénio, aí a doente inicia um quadro de dispneia, sendo levada de imediato à "reanimação" sendo chamada a médica de urgência de Medicina Interna.

Acrescenta que ainda antes da triagem, um acompanhante filho da doente, teve episódio de agressão verbal e física que veio a atrasar o início da triagem desta doente, mesmo assim feito dentro dos tempos alvo preconizados.

18 - Em 6 de outubro de 2017, é ouvida em declarações H.F., médica de Medicina Interna, a fazer urgência no dia 14 de fevereiro de 2017, tendo confirmado que os

registos relativamente a este episódio foram por si produzidos, bem como refere que a hora dos registos é posterior à hora em que foi atendida a doente e a família.

Refere que quando a doente foi para a sala de pré atendimento, desencadeou um quadro de palidez cutânea, suores, hipoxemia e dessaturação e foi colocada na sala de reanimação, aí foi chamada e ocorreu de imediato. Também de imediato intervém e chama o colega de Anestesiologia.

Foram feitas as manobras e procedimentos adequados, porém mesmo assim, a doente veio a falecer cerca das 03 horas.

Perguntado se entende ter havido qualquer atraso no atendimento, em qualquer das fases do processo, refere que todos os procedimentos tiveram lugar em tempo útil.

Reitera que tudo foi feito com brevidade e que um familiar presente no corredor próximo se apercebeu que tudo foi feito, tendo após o óbito sido esclarecido pela equipa com o máximo de pormenor, para que o seu sossego fosse maior.

19 - Assim sendo, o facto culposo não se encontra, já que pese embora a triagem poder ser considerada incorrecta, esta não releva para o atendimento que foi célere, ao arripio do registo na reclamação "a minha mãe faleceu passado 30 a 45 minutos depois por falta de auxílio", sem tempos de espera entre o aprofundar das queixas da doente e o seu atendimento por parte de todos os intervenientes, enfermeiros e médicos de urgência de Medicina Interna e Anestesiologista.

[...]

B - PROPOSTA DE DECISÃO

Pelo atrás exposto e de acordo com prova testemunhal e documental produzida, nos termos gerais e de direito, das diligências efectuadas, não se conclui pela identificação de qualquer facto merecedor de censura disciplinar no âmbito do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas.

No entanto, como medida de cautela e proactiva propomos que episódios desta natureza, possam constar do processo de formação interna da "Triagem de Manchester", bem como ainda, haver um maior reforço da formação sobre "como lidar com eventos agressivos" aos triadores, para que as variáveis de confundimento diminuam drasticamente no seu processo de trabalho e discernimento.

Como tal, nos termos e para efeitos do artigo 71, n° 1, alínea a) do atrás referido Estatuto, propomos o arquivamento deste processo, por não haver matéria provada passível de censura disciplinar. [...]"

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

17. 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;
18. 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.
19. Consequentemente, o Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E. é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, registado no SRER da ERS sob o n.º 22789.
20. 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”*.
21. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas a), c) e d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, *“assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”*.
22. No que toca à alínea a) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 11.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento”*.
23. Já no que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea

a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “*apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas*”.

24. Finalmente, e a propósito do 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*”.
25. 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.

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

26. 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 é 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.
27. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 4 da sua Base I que “*os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos*”, consagrando-se nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que “*é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços*”;
28. Bem como estabelece, na sua Base XXIV, como características do SNS:

“a) Ser universal quanto à população abrangida;

b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

29. Por outro lado, e em concretização de tal garantia de acesso ao SNS, é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde um conjunto vasto de direitos, onde se inclui o direito a que os cuidados de saúde sejam prestados em observância e estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
30. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem *“tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”.*
31. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (*“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, segundo o qual *“O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita”* (n.º 1).
32. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
33. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”.*
34. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente¹, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
35. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre *“Os direitos do paciente”*, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”.*

¹ Vd. o ponto 7. da *“Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”.*

36. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontra cientificamente comprovada, sendo, porém, óbvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
37. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito insito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.

III.3. Da Rede de Serviço de Urgência

38. As características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização dos Pontos de Rede de Urgência foram sempre sendo objeto de preocupação e implementação².
39. O Despacho n.º 13377/2011, de 23 de setembro, criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) que tinha por missão avaliar o estado de implementação da Rede, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso, as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, a gestão e a sustentabilidade dos Serviços de Urgência (SU), entre outros.
40. A Rede de Referência de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes naquela Rede, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB).
41. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.

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

42. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto³, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”*.
43. Por força do Despacho do Ministro da Saúde n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro, publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 230, de 24 de novembro de 2015⁴, o serviço de urgência da Unidade Hospitalar de Portimão (integrada no CHUA) é classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).
44. Sendo que, de acordo com o n.º 1 do artigo 4.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, *“O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referenciação.”*.
45. Assim, e atento o disposto no ponto 6.2. do artigo 4.º do Despacho n.º 10319/2014, o sobredito Serviço de Urgência estava obrigado a ter as seguintes *“valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: a) Medicina Interna; b) Pediatria; c) Cirurgia Geral; d) Ortopedia; e) Anestesiologia; f) Imuno -Hemoterapia; g) Bloco Operatório (em permanência); h) Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC); i) Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos)”*.

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

46. O Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 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

³ O Despacho n.º 10319/2014 foi alterado pelo Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 228, de 20 de novembro de 2015.

⁴ O Despacho do Ministro da Saúde n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro, retificou o Anexo do Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro de 2015, que, por sua vez, revogou o Despacho do Ministro da Saúde n.º 5414/2008, de 28 de janeiro de 2008.

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.”*.

47. Note-se que o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, referido *supra* tinha já reconhecido como obrigatória *“[...] a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação.”*.
48. Assim, o presente Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde vem determinar o seguinte: *“[...] reconhecida a importância para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos [...]”*;
49. Ao que acresce que, *“[...] o MTS permite identificar uma prioridade clínica com posterior alocação do doente à área de atendimento devida, podendo também ser desenhados e aplicados, na sequência da triagem, protocolos de atuação subsequente, tal como requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista à redução do tempo do episódio de urgência e dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção.”*;
50. Mais acrescentando que, *“[...] o MTS é uma ferramenta que tem evoluído verifica[ndo-se] a necessidade de implementar a versão mais recente do MTS , fruto da ciência e das boas práticas atualmente existentes, nomeadamente no que se refere à possibilidade de 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.”;

51. Conclui o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde que “[...] a escala de *Triagem de Manchester* prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo sendo passível de ser auditada quer interna ou externamente, conforme previsto no Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de *Triagem* (em 12 de novembro de 2010) e a Declaração de Princípios a ele anexa.”.

52. Em suma, o aludido Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, veio determinar o seguinte:

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

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

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

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

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

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

*7 – Todos os SU com o Sistema de *Triagem de Manchester* devem implementar auditorias internas mensais, como garante da qualidade da triagem que é efetuada*

nos seus serviços, nos termos previstos no Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e a declaração de princípios a ele anexa.

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

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

10 – O licenciamento necessário ao uso do Sistema de Triagem de Manchester é assegurado pelas entidades hospitalares, devendo a SPMS organizar um processo de agregação de necessidades e compra centralizada com vista à minimização do seu custo. [...]”.

III.5. Do Protocolo de Triagem de Manchester

53. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico⁵:

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

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

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

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	Emergente	Vermelho	0

⁵ Sobre este assunto ver <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

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

Deverá ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o Serviço de Urgência, de que são exemplos os doentes admitidos para transplante, para técnicas programadas, etc. Nestes casos, deve ser registada a cor branca e a razão da sua atribuição. [...]”.

III.6. Da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde

54. Assim, a Direção Geral da Saúde emitiu recentemente a Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, que revoga a Norma da N.º 002/2015 de 23 de outubro:

“[...]”

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 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:*
- a) *Feridas incisas ou contusas (após penso compressivo efetuado na triagem);*
 - b) *Feridas infetadas e/ou abscessos;*
 - c) *Queimaduras (pessoas não emergentes);*
 - d) *Amputação traumática das extremidades;*
 - e) *Dor muscular aguda, pós esforço;*
 - f) *Lombalgia intensa;*
 - g) *Lesões articulares traumáticas;*
 - h) *Traumatismo dos membros;*
 - i) *Suspeita de corpo estranho ocular;*

- j) “Olho vermelho”;*
- k) Alteração súbita da acuidade visual;*
- l) Derrames hemáticos oculares;*
- m) Traumatismo isolado do globo ocular;*
- n) Disfagia por sensação de corpo estranho;*
- o) Diminuição aguda da acuidade auditiva, otalgia ou otorragia não traumática;*
- p) Epistaxes;*
- q) Cefaleias;*
- r) Traumatismo crânio-encefálico;*
- s) Traumatismo torácico ou abdominal;*
- t) Hemorragia digestiva;*
- u) Dor abdominal;*
- v) Trabalho de parto em período expulsivo;*
- w) Patologia anorretal;*
- x) Hemorragia vaginal;*
- y) Suspeita de abuso sexual;*
- z) Suspeita de violência e maus tratos;*
- aa) Dor testicular aguda;*
- bb) Traumatismo da face;*
- cc) Celulite da face e/ou região cervical;*
- dd) Hemorragia não controlada pós extração dentária;*
- ee) Ideação de auto e/ou hétero-agressão;*
- ff) Ideação suicida;*
- gg) Pessoas com mandado de condução emitido pelas entidades judiciais.*

9. O diretor clínico deve coordenar o planejamento 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 planejamento 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) colabora 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.7. Análise da situação concreta

55. Da análise dos factos recolhidos no decurso das diligências encetadas pela ERS, resulta que:

- (i) A utente N.L. deu entrada no SU do CHUA, no dia 14 de fevereiro de 2017, pelas 01h34m, com queixas de “*dificuldade respiratória com inicio ontem. Refere dor de garganta e dor torácica tipo pleurítica. A saturar a 85% em ar ambiente.*”;
- (ii) Foi triada, às 01h42m, tendo sido utilizado o fluxograma *dor torácica* com o discriminador de *dor moderada*;
- (iii) Foi atribuída pulseira Amarela – Urgente, que nos termos do Sistema de Triagem de Manchester tem um tempo-alvo para 1.^a observação de 60 minutos;

- (iv) A utente foi encaminhada para a Sala de Pré-Atendimento, onde “[...] *apresentou quadro de palidez cutânea, sudação e hipoxénia (85% saturação). Agravamento do estado geral, foi colocada na Sala de Emergência e observada imediatamente por Especialista de Medicina Interna.*”;
- (v) A utente fez quadro de paragem cardiorrespiratória e “*Depois de aproximadamente 40min de RCP avançada a doente acabou por falecer às 3:02AM*”, de dia 14 de fevereiro de 2017, no SU do CHUA.
56. Face à factualidade apurada é possível, em primeiro lugar, concluir que, no dia em causa e na situação em análise, os tempos para 1.^a observação da utente foram respeitados;
57. Com efeito, de acordo com o parecer do perito enfermeiro consultado pela ERS, “*Os tempos, entre a chegada ao SU. (1.34) e a triagem (1.42), isto é, 8’ minutos depois da chegada; agravamento da situação clínica e a ida para o SE. (2.21), (40’ encontram-se dentro dos parâmetros normais e dentro das diretrizes da Triagem de Manchester*”.
58. No entanto, e já quanto ao resultado da triagem e à classificação original atribuída à utente, constata o perito enfermeiro consultor da ERS que “*Um triador perito, certamente que, perante a dúvida, usaria um fluxograma diferente e mais de acordo com a sintomatologia que a doente, mais tarde, veio a manifestar.*”;
59. Posição, aliás, corroborada pelos Enfermeiros Auditores Internos e Externos do Sistema de Triagem de Manchester, bem como pelo próprio Grupo Português de Triagem que, em relação ao concreto episódio em causa, considerou que “[...] *à luz dos dados disponíveis [...] a triagem deste episódio foi efectuada de forma incorrecta*” (cfr. conclusões do processo de inquérito internamente instaurado pelo CHUA para apuramento dos factos em crise nos autos);
60. Facto que acabou, também, por ser admitido pela própria enfermeira triadora da utente, ao reconhecer, em sede de processo de inquérito interno, que “[...] *podia ter dado relevância à outra queixa, que embora do dia anterior tinha associada uma saturação baixa, aqui orientaria para outro discriminador e outra prioridade.*”.
61. Acresce que, dos elementos carreados para os autos, resulta que a utente não foi sujeita a qualquer vigilância ou monitorização durante o tempo de espera;
62. O que se revelaria tão mais necessário tendo em conta o comportamento exasperado do familiar/filho da utente, que, de acordo com as informações do prestador, “[...] *exigiu que a mãe fosse vista, tendo-se tornado agressivo, gritando, voltando a mesa*

da triagem ao contrário”, o que poderia ser já demonstrativo do agravamento da situação clínica da utente N.L.;

63. E isso mesmo decorrendo do parecer técnico elaborado pelo perito enfermeiro consultado pela ERS, ao referir que *“Embora a triagem inicial fosse a exposta, não quer dizer que durante o período de espera a situação clínica não se agrave. Um perito nesta área teria em consideração a ansiedade exagerada dos familiares e no mínimo voltaria a submeter a doente a nova avaliação (o número de doentes em sala de espera era reduzido, logo a carga de trabalho não estava aumentada), com uma nova triagem, seria notório as novas manifestações clínicas e passaria no imediato para a sala de emergência.”*;
64. O que, de resto, resulta também da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde, ao prever a *“[...] retriagem/reavaliação da pessoa [...] c) Sempre que a família/acompanhante o solicite.”*;
65. Cumprindo, pois, considerar que os procedimentos assistenciais empregues pelo Serviço de Urgência do CHUA não se revelaram suficientes à cautela dos direitos e interesses legítimos da utente N.L., que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde de qualidade.
66. Recorde-se, ainda, que resulta do parecer clínico junto aos autos, que tratando-se de uma *“Doente com história TA. Baixas e diabetes altos deveria ter uma avaliação, com registo à entrada e não apenas quando foi atendida, ou seja, 40´ depois, na sala de emergência.”*;
67. O que, *in casu*, não aconteceu.
68. Pelo que, sem prejuízo de, no caso concreto e de acordo com o parecer clínico, os cuidados clínicos prestados à utente terem sido os adequados;
69. Torna-se imperioso concluir que a conduta do CHUA não se revelou consentânea com a garantia dos direitos e interesses legítimos da utente, em especial o direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde, adequados à sua situação clínica e prestados em tempo útil.
70. Com efeito, e recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados de saúde, que implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, é, indubitavelmente, uma garantia de um acesso aos cuidados qualitativamente necessários, adequados e em tempo útil;

71. Tanto mais, que o cumprimento de procedimentos promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes;
72. Pelo 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.
73. Cabendo, por isso, salientar a recomendação efetuada pelo instrutor do processo de inquérito internamente instaurado pelo CHUA, no sentido de que “[...] *episódios desta natureza, possam constar do processo de formação interna da "Triagem de Manchester", bem como ainda, haver um maior reforço da formação sobre "como lidar com eventos agressivos" aos triadores, para que as variáveis de confundimento diminuam drasticamente no seu processo de trabalho e discernimento.*”;
74. Na medida em que, como refere o perito consultado pela ERS, “*Qualquer profissional de saúde que esteja no atendimento direto aos doentes deve ter formação na prática de comunicar assertivamente, lidar com as emoções e gestão de conflitos*”, dessa forma elevando as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanização dos cuidados de saúde prestados.
75. Por todo o vindo de expor, considera-se pertinente a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, por forma a assegurar que os cuidados de saúde prestados, no âmbito do serviço de urgência, sejam adequados e tecnicamente mais corretos, prestados humanamente, com respeito pelos utentes, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, dessa forma se procurando evitar a repetição futura de situações como a verificada nos presentes autos.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

76. 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 de Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido notificados para se pronunciarem relativamente ao projeto de deliberação da ERS, no prazo de 10 dias úteis, o Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E. (CHUA) e o reclamante F.M., ambos por ofícios datados de 25 de janeiro de 2018.

77. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS apenas recebeu a pronúncia do prestador.
78. Assim, através de ofício datado de 14 de fevereiro de 2018, a ERS tomou conhecimento da pronúncia aduzida pelo CHUA, que refere o seguinte:
- “[...]
- Na esteira da notificação que nos foi endereçado por essa Exma. ERS e que versou o processo de inquérito supra cotado, somos a transmitir, para os devidos efeitos, a Vossas Excelências que, as projectadas recomendações dessa reputada entidade serão rigorosamente observadas por este Centro Hospitalar como é aliás, nosso apanágio.*
- Com efeito, este estabelecimento assistencial inserido no seio do nosso Serviço Nacional de Saúde (vulgo, SNS) diligencia constantemente para melhorar os cuidados de saúde que são ministrados à prezada população que aqui acorre e, por conseguinte, irá corresponder às vossas douts recomendações justamente para aperfeiçoar, ainda, mais os níveis de qualidade.”.*
79. De onde resulta que o prestador não refuta o teor do projeto de deliberação da ERS;
80. Bem como não oferece prova da adoção de medidas concretas tendentes ao cumprimento da instrução projetada.
81. Assim, mantém-se a necessidade de garantir que o prestador adote os procedimentos e medidas concretas tendentes ao cumprimento do projeto de deliberação da ERS, devendo, para o efeito, juntar documentos comprovativos disso mesmo.
82. Pelo exposto, e não tendo resultado da aludida pronúncia quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido da decisão constante do projeto de deliberação da ERS, deve o conteúdo da mesma ser mantido na íntegra.

V. DECISÃO

83. 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 Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E., no sentido de:
- a) Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem

ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

- b) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade dos utentes, não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;
- c) Implementar procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados enquanto aguardam observação médica (nomeadamente, através de retriagem), de forma a verificar quaisquer eventuais alterações do seu estado de saúde, e que garantam uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas;
- d) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais;
- e) Dar cumprimento à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

84. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1000,00 a € 44 891,81, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

85. Igualmente delibera o Conselho de Administração da ERS, remeter cópia dos presentes autos à Ordem dos Enfermeiros, para que esta associação pública profissional avalie a atuação e decisão dos respetivos profissionais de saúde que tiveram intervenção na triagem da utente N.L., à luz das *legis artis* e das regras

deontológicas aplicáveis, solicitando-se que seja dado conhecimento à ERS das conclusões que venham a ser apuradas.

Porto, 1 de março de 2018.

O Conselho de Administração.