

ERS
ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

DELIBERAÇÕES

11 DE DEZEMBRO DE 2025

ERS/017/2025

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/017/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 9 de abril de 2024, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita em 3 de abril de 2024 por RA, visando a atuação da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E..

2. Na referida reclamação, registada sob o n.º REC/39840/2024, o reclamante refere que a utente LA deu entrada no SU com sintomas sugestivos de AVC, que não foram valorizados na triagem. A utente aguardou cerca de 7 horas para 1ª observação médica, que confirmou o diagnóstico de AVC.

3. Para apuramento mais aprofundado dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, em 6 de fevereiro de 2025, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/017/2025.

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 a Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E. se encontra registada, sob o n.° 18707;

   (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado à Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E., em 12 de fevereiro de 2025 e análise da respetiva resposta rececionada em 22 de julho de 2025;

   (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito remetido ao reclamante RA em 12 de fevereiro de 2025.

   (iv) Emissão de parecer técnico por perito Enfermeiro (Técnico Superior de Regulação Especialista da ERS).

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação REC/39840/2024

5. Concretamente, na reclamação subscrita o reclamante RA refere o seguinte:

   "[…] *No dia de hoje 04-03-24, a doente LA deu entrada na triagem deste hospital às 14h03, tendo a enfermeira sido informada por mim, filho da*

doente, sobre historial de AVCs da mesma. Onde a mesma foi informada também que os sintomas eram todos iguais aos episódios anteriores. Desvalorizando por completo o que foi dito, tentando um diagnóstico para o braço que estava dormente. Não foi efetuada a medição da tensão, batidas cardíacas.

Apenas olhou e forneceu pulseira amarela a um doente com todos os sintomas de AVC. Onde a doente esperou numa sala durante quase 7 horas, para ser atendida por um médico.

A partir daí o tratamento foi exemplar. Mas este erro absurdo que já é a 2ª vez que se repete nesta hospitalar tendo consequências depois na saúde da doente e graves.

Peço ajuda para resolver esta situação e que a falta de profissionalismo e atenção seja observada. Porque erros como este, pode custar uma vida. […]".

6. Em resposta à reclamação apresentada, veio a ULSSM, prestar os seguintes esclarecimentos:

"[…] *Analisou-se com detalhe a chamada de atenção relativa ao comportamento dos profissionais envolvidos, enquadrando a informação veiculada na política de constante análise e melhoria dos cuidados prestados aos utentes, não apenas na vertente assistencial/técnica mas também no plano comportamental dos profissionais da ULS Santa Maria, efetuando os ajustes necessários à prevenção de situações menos adequadas.*

[…]

Uma análise da auditoria realizada à triagem e Retriagem de Manchester aplicada, verificou-se que estavam assegurados todos os procedimentos adequados, nomeadamente no que diz respeito ao fluxograma, discriminador, prioridade e encaminhamento. No entanto no que diz respeito às queixas, falta a menção do tempo/hora do início dos sintomas. Acrescenta-se ainda que a apesar da escolha do fluxograma estar

adequada, poderia ter-se optado por outro fluxograma, "indisposição adulto", com a atribuição da prioridade laranja.

Já foi realizada uma abordagem ao profissional em causa para que no futuro não se repitam situações como a descrita nesta reclamação. […]".

II.2. Do pedido de informação à Unidade Local de Saúde Santa Maria, E.P.E.

7. Considerando a necessidade de carrear elementos adicionais de análise para os presentes autos, foi solicitado à ULSSM, em 12 de fevereiro de 2025, com insistência em 18 de julho de 2025, que viesse aos autos prestar a seguinte informação:

"[…]

1. *Explicitem de forma fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, a situação descrita na referida exposição;*
2. *Envio de cópia do relatório do episódio de urgência da utente, em 3 de abril de 2024;*
3. *Esclareçam o motivo para a situação não ter sido enquadrada em sede da Via Verde AVC;*
4. *Envio de cópia do protocolo de ativação da Via Verde AVC, em vigor nessa unidade hospitalar;*
5. *Remetam cópia da "auditoria realizada à triagem e retriagem" referente ao episódio de urgência em análise;*
6. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.* […]".

8. Em 22 de julho de 2025, foi rececionada a resposta da ULSSM, esclarecendo o seguinte:

"[…] *A doente LA, foi admitida no nosso SU no dia 3 de Abril 2024 pelas 14:06h.*

Foi triada pelas 14:21h e pelas queixas de desorientação e agravamento da paresia do membro superior esquerdo já previamente existente e pelo fluxograma de problemas nos membros e discriminador novos sintomas elou sinais neurológicos foi atribuída a cor amarela-urgente.

Teve a 1 ª observação médica pelas 20:41h e após avaliação e tendo em conta eventual novo AVC, foi ativada a Via Verde de AVC e nesse contexto foi internada em SOA.

A TAC-CE mostrava a lesão isquémica prévia em território da ACMD, sem oclusão de grande vaso.

Constatou-se ainda arritmia de novo o que poderia ter contribuído para o agravamento dos defeitos neurológicos.

Foi feito ajuste da terapêutica e ficou em vigilância.

Após reavaliação com nova TAC-CE após 24h que se mantinha sobreponível a doente foi internada num Serviço de Medicina para manter os cuidados.

De salientar que dado o elevado número de doentes (384 nesse dia) que recorreu ao SU, o tempo de observação dos doentes não é o expectável, situação à qual os profissionais de saúde não são indiferentes.

Lamentamos o sucedido e compreende-se as dúvidas da família, mas na situação da doente, o timing de observação não alterava a abordagem efetuada. […]"

9. Em anexo, a ULSSM remeteu o resultado da auditoria realizada à triagem efetuada em 3 de abril de 2024, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

"[…]

1. *Uma auditoria realizada à Retriagem da triagem de Manchester aplicada, referente ao episódio n.º* […] *do dia 3 de abril de 2024, revelou que:*

- *Fluxograma: Adequado. Pelos antecedentes pessoais descritos na queixa e os sintomas apresentados, poderia ter sido selecionado "Indisposição no Adulto";*

- *Discriminador: Adequado. Uma vez que a perca de função neurológica é inferior a 12 horas (aferido à posterior), poderia ter sido "Deficit Neurológico Agudo".*
- *Prioridade: Adequado. A ser validado o item descrito anteriormente poderia ter sido atribuído prioridade de "Muito Urgente";*
- *Encaminhamento: A ser validado o item descrito anteriormente poderia ter sido encaminhado para a "sala de espera da triagem laranja".*

Face ao descrito, foram implementadas medidas de melhoria, relativas ao Método de Triagem de Manchester, conforme se pode validar no impresso em anexo. […]*".*

MEDIDAS DE MELHORIA RELATIVAS AO MÉTODO DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Data:22/11/2024	Auditado: Enf.ª Liana Pedroso		Auditor: Carlos Neto
Item auditado	**C**	**NC**	**Observações**
Queixa		X	Falta referência do tempo de início de sintomas
Fluxograma	X		Pelos antecedentes pessoais descritos na queixa e os sintomas apresentados, poderia ter sido selecionado " Indisposição no adulto"
Discriminador	X		Uma vez que a perca de função neurológica é inferior a 12 horas (aferido à posteriori) poderia ter sido "Deficit Neurológico Agudo".
Prioridade	X		A ser validado o item descrito anteriormente A ser validado o item descrito anteriormente poderia ter sido atribuído prioridade de "Muito Urgente" (Laranja)
Encaminhamento	X		A ser validado o item descrito anteriormente poderia ter sido encaminhado para a "Sala de Espera triado de Laranja"

C - Conforme
NC - Não conforme

10. Foram ainda identificadas as seguintes oportunidades de melhoria:

[…]

1. *Abordagem personalizada ao Enf. Triador visado, de modo a serem identificados as não conformidades da triagem realizada, bem como das estratégias a adotar para a não recorrência dos mesmos.*
2. *Reforçar a equipa de triadores através de reuniões periódicas:*
    a. *Existência de notas de fluxogramas e dicionários de discriminadores, tanto na aplicação informática ALERT como nos manuais em suporte de papel que existem nos postos de triagem.*

b. *Importância da discriminação completa dos diferentes elementos constituintes de uma "queixa de apresentação" (o que, como, onde e quando).*

c. *Adequação assertiva dos fluxogramas e discriminadores às queixas aparentadas pelos doentes no momento da triagem.*

3. *Na recorrência das inconformidades auditadas, o triador fica interditado de efetuar triagem de Manchester no serviço e será submetido à priori um novo curso de formação para método de triagem de Manchester.* […]"

11. O prestador remeteu também cópia do relatório de urgência, referente ao episódio de 3 de abril de 2024, tendo sido possível constatar que:

1. A utente deu entrada no SU, pelas 14h06;
2. A utente foi triada pelas 14h21, com a seguinte queixa: *Refere vários AVC (último no ano passado) com sequelas parecia no MSE. Recorre ao SUC por agravamento da paresia MSE e sensação de desorientação*;
3. Prioridade: Amarelo – Urgente
4. Fluxograma – Problemas nos membros;
5. Discriminador: novos sintomas e/ou sinais neurológicos;
6. Pelas 21h33 teve a 1ª observação médica. Foi realizado ECG;
7. Foi contactada a neurologia e foi ativada a VV AVC.

II.3. Do parecer técnico emitido por perito Enfermeiro da ERS (Técnico Superior de Regulação Especialista)

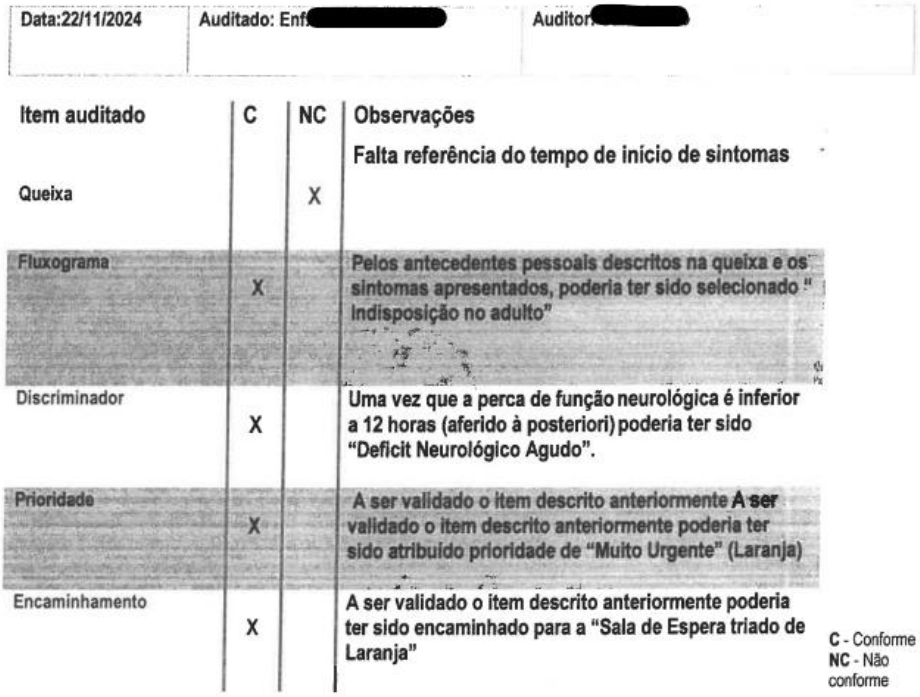
12. No âmbito das diligências tidas por necessárias, foi solicitado parecer clínico a perito da ERS e análise da documentação remetida, junto aos autos em 14 de outubro de 2025, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

"[…]

A análise da documentação permite concluir que o procedimento de triagem não cumpriu integralmente os princípios e critérios definidos no PTM, nomeadamente no que respeita à valorização de sintomas neurológicos agudos e à identificação do tempo de início dos sintomas, parâmetro determinante para a ativação imediata da VV-AVC.

A auditoria confirma, de forma explícita e documentada, os mesmos pontos críticos identificados na apreciação inicial da ERS:

1. *Ausência do registo da hora de início dos sintomas, que impossibilita a correta classificação temporal e o acionamento da Via Verde AVC;*
2. *Escolha incorreta de fluxograma e discriminador, com impacto direto na priorização (foi usada uma categoria genérica em vez de "Défice Neurológico Agudo").*
3. *Atribuição de prioridade inferior à adequada: o relatório reconhece que o caso deveria ter sido classificado como Muito Urgente (Laranja).*
4. *Encaminhamento inadequado, resultando num tempo de espera de cerca de 7 horas até à primeira observação médica — incompatível com a gravidade clínica e o tempo alvo previsto para prioridade laranja (<10 minutos).*



Data:22/11/2024	Auditado: Enf[redacted]	Auditor[redacted]

Item auditado	C	NC	Observações
Queixa		X	Falta referência do tempo de início de sintomas
Fluxograma	X		Pelos antecedentes pessoais descritos na queixa e os sintomas apresentados, poderia ter sido selecionado " Indisposição no adulto"
Discriminador	X		Uma vez que a perca de função neurológica é inferior a 12 horas (aferido à posteriori) poderia ter sido "Deficit Neurológico Agudo".
Prioridade	X		A ser validado o item descrito anteriormente ~~A ser~~ validado o item descrito anteriormente poderia ter sido atribuído prioridade de "Muito Urgente" (Laranja)
Encaminhamento	X		A ser validado o item descrito anteriormente poderia ter sido encaminhado para a "Sala de Espera triado de Laranja"

C - Conforme
NC - Não conforme

Figura 1 - Auditoria realizada ao procedimento de triagem de Manchester da utente L.A.

Com base nos dados da auditoria e da reclamação:

- *A não ativação precoce da Via Verde AVC impediu a realização atempada de diagnóstico por imagem (TC-CE) e eventual avaliação de elegibilidade para trombólise endovenosa (janela ≤4h30) ou trombectomia mecânica (até 6h, podendo ir até 24h em casos selecionados).*
- *O atraso de 7 horas excede todos os tempos de resposta recomendados pelas Guidelines da European Stroke Organization (2021) e pela Norma da DGS n.º 015/2017, podendo ter contribuído para agravamento do défice neurológico e das sequelas daí resultantes;*
- *A falta de registo de "last-seen-well" (hora em que a utente foi vista sem sintomas) é considerada, em termos clínicos* […] *uma omissão crítica, pois inviabiliza a rastreabilidade clínica e a avaliação de adequação da resposta.*

A análise clínica do episódio em apreço evidencia inadequação na aplicação dos procedimentos definidos para a triagem e retriagem de

utentes em contexto de SU, em desconformidade com o Manual de Triagem de Manchester e com o estabelecido na Norma da DGS n.º 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.

A referida norma, conforme n.º 14, estabelece que os utentes devem ser sujeitos a retriagem sempre que o seu estado clínico se altere, quando o tempo de espera exceda o limite máximo estabelecido para a prioridade atribuída, ou sempre que o profissional de saúde o considere clinicamente justificado.

No presente caso, a utente permaneceu cerca de sete horas até à primeira observação médica, sem registo de qualquer retriagem intermédia, o que constitui incumprimento direto desta norma.

Assim, ao ter sido atribuída prioridade amarela (urgente) a uma utente com sintomatologia neurológica súbita e perda de função motora, cuja avaliação médica ocorreu apenas após 7 horas, verifica-se uma violação clara do tempo alvo de atendimento para a prioridade atribuída e, de forma mais grave, uma subvalorização da gravidade clínica compatível com prioridade laranja (muito urgente).

A ausência de retriagem após ultrapassado tempo alvo agrava o desvio procedimental, uma vez que, conforme definido na Norma e pelo PTM, a retriagem deve ser obrigatoriamente desencadeada quando o tempo de espera excede o limiar da prioridade atribuída, ou quando o utente manifesta qualquer alteração do seu estado clínico. No caso em apreço, a permanência prolongada da utente em sala de espera sem nova avaliação constitui falha de vigilância clínica, omissão de monitorização contínua do risco

Do ponto de vista técnico, a triagem e retriagem não se esgotam na classificação inicial — representam processos dinâmicos de avaliação contínua, que visam ajustar a prioridade às flutuações do estado clínico e garantir resposta adequada às condições tempo-dependentes, como é o caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por outro lado, a dimensão humanizadora dos cuidados, plasmada na Base 2 da Lei de Bases da Saúde, impõe que os serviços assegurem acolhimento digno, comunicação empática e acompanhamento contínuo, especialmente em contextos de vulnerabilidade e sofrimento agudo. A ausência de informação clara à utente e à família, a demora significativa no atendimento e a inexistência de reavaliação periódica traduzem falhas no cumprimento do dever de humanização e respeito pela dignidade da pessoa doente, elementos centrais no exercício do direito à proteção da saúde (artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa).

Em síntese:

1. *A triagem inicial revelou inadequação procedimental, por não identificação do tempo de início dos sintomas e por classificação inferior à gravidade observada;*
2. *A retriagem obrigatória não foi realizada, apesar do tempo de espera exceder largamente o limite previsto para a prioridade atribuída, em desconformidade com a Norma da DGS n.º 002/2018 e o Manual de Triagem de Manchester;*
3. *Verifica-se violação do tempo alvo de atendimento e do direito de acesso em tempo clinicamente aceitável;*
4. *O episódio demonstra fragilidades na comunicação e na vigilância humanizada do utente, com impacto potencial na segurança, prognóstico e experiência de cuidado;*
5. *A situação traduz incumprimento dos deveres de qualidade e segurança previstos na Lei de Bases da Saúde, justificando intervenção regulatória e a remessa à Ordem dos Enfermeiros para apreciação disciplinar das condutas profissionais.*

Recomenda-se, assim, que o prestador de cuidados de saúde:

- Garanta a observância integral dos procedimentos definidos na Norma da DGS n.º 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no

Adulto, Norma da DGS n.º 002/2018 – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata, nomeadamente:

- *Avaliação inicial rigorosa, assegurando o registo obrigatório da hora de início dos sintomas (especialmente em situações tempo-dependentes, como o AVC);*
- *Aplicação do fluxograma e discriminador adequados à queixa apresentada, de acordo com o PTM;*
- *Cumprimento do tempo alvo para atendimento médico, tal como definidos na norma e no PTM, com mecanismos automáticos de alerta sempre que o tempo-limite da prioridade atribuída seja ultrapassado.*

- Crie e operacionalize um protocolo interno de retriagem obrigatória, determinando que esta deve ocorrer sempre que:

i. O tempo de espera ultrapasse o tempo alvo da prioridade atribuída;

ii. Se verifiquem alterações clínicas reportadas ou observadas;

iii. O utente manifeste agravamento sintomático ou solicite reavaliação.

- Integre no sistema informático de triagem (ALERT®) funcionalidades de monitorização em tempo real dos tempos de espera, com alertas visuais ou sonoros sempre que o tempo-alvo de cada prioridade se aproxime, garantindo:

- *a retriagem automática ou notificação do profissional responsável;*
- *a comunicação célere entre triagem, enfermagem de sala de espera e equipa médica;*
- *o registo automático de eventuais ultrapassagens de tempos-limite para efeitos de auditoria e melhoria contínua.*

- Implemente planos de formação e reciclagem obrigatórios em Triagem de Manchester para todos os enfermeiros e médicos do Serviço de Urgência;

- Cumpra com os mecanismos de auditoria e supervisão clínica periódica, com registo das inconformidades e plano de melhoria individual;

- Assegure que todos os utentes em espera, particularmente em situação de vulnerabilidade clínica ou emocional, são acompanhados, informados e reavaliados periodicamente;

- Garanta comunicação eficaz e humanizada com o utente e família, cumprindo os deveres de informação e segurança. […]".

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

13. 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;

14. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.

15. Consequentemente, a Unidade Local de Saúde Santa Maria, E.P.E. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde sujeita à regulação da ERS.

16. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º do dos Estatutos da ERS compreendem "*a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita* […entre outros] [ao] "*cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e*

de funcionamento", [à] "*garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde"*, e *à "prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes*".

17. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas b), c) e d) do artigo 10º dos Estatutos da ERS, "*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde*"; "*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*" e "*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*".

18. 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.*

19. 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*".

20. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

21. 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 à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança

22. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação de cuidados de saúde, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente no sector da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.

23. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem os interesses nem os direitos dos utentes.

24. Sobretudo, importa ter em consideração que a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e utentes reduz a capacidade destes últimos de perceberem e avaliarem o seu estado de saúde, bem como, a qualidade e adequação dos serviços que lhe são prestados.

25. Além disso, a importância do bem em causa (a saúde do doente) imprime uma gravidade excecional à prestação de cuidados em situação de falta de condições adequadas.

26. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde devem ser considerados, seja do ponto de vista do risco clínico, seja do risco não clínico.

27. Assim, o utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

28. Os utentes gozam do direito de exigir dos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, bem como a observância das regras de qualidade e segurança

definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis e pelas regras de boa prática médica, ou seja, pelas *leges artis*.

29. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade dos cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.

30. A este respeito encontra-se reconhecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o direito dos utentes a serem "*tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*";

31. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.

32. Nos termos da alínea b) 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 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;*

33. 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;

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

35. 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.

36. 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.

37. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter "*redobrado cuidado de respeitar as pessoas particularmente frágeis pela doença ou pela deficiência*".

38. Para além destas exigências, os prestadores de cuidados de saúde devem ainda assegurar e fazer cumprir um conjunto de procedimentos, que tenham por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de incidentes e eventos adversos, que possam afetar os direitos e interesses legítimos dos utentes, através da avaliação e monitorização da evolução da atividade dos serviços de saúde prestados, e numa perspetiva de contribuir para a melhoria dos padrões de qualidade das prestações de cuidados de saúde, promover a divulgação de indicações às organizações em diversas dimensões, entre elas a segurança do doente.

III.3. Do Sistema de Triagem de Manchester

III.3.1. Do Protocolo de Triagem de Manchester

39. O Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, reconheceu 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.".

40. O Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde estabeleceu os prazos para a implementação do sistema de triagem de Manchester e a implementação de auditorias internas mensais como garante da qualidade de triagem, no âmbito do protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem a 12 de novembro de 2010 e declaração de princípios a ela anexa.

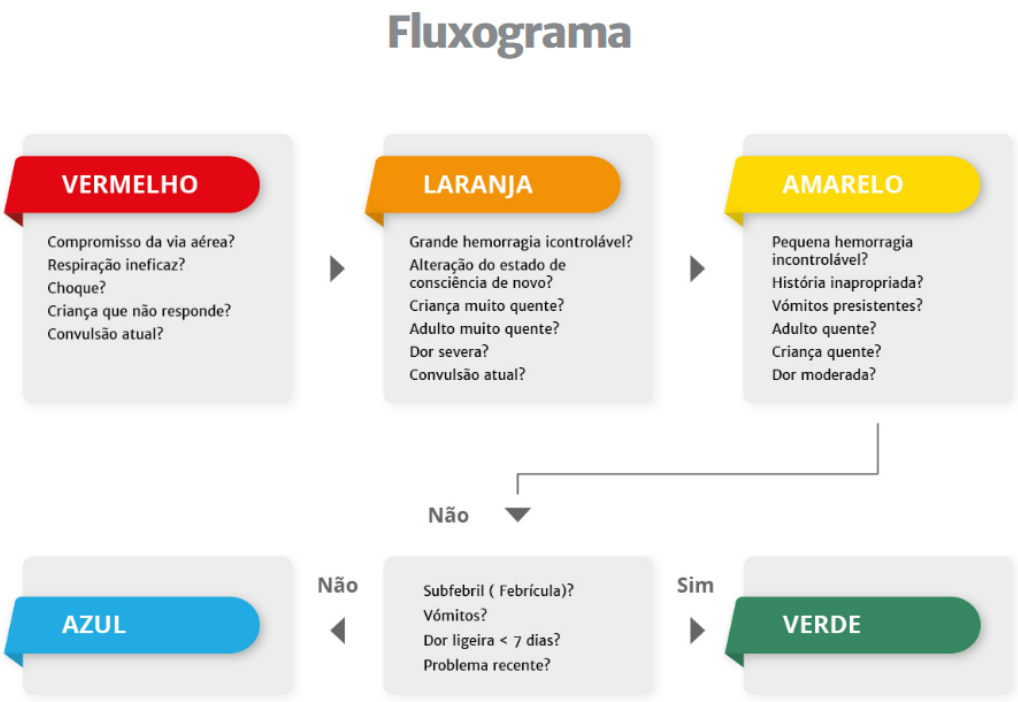
41. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico[1]:

> "*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**.*
>
> *A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência. Assim foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação, que abrangem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência.*
>
> *Dois fluxogramas foram desenvolvidos para lidar com uma situação de **catástrofe**.*
>
> *A primeira parte do método de triagem requer que o profissional **selecione o fluxograma** que seja o mais específico possível em relação à queixa apresentada. Depois percorre os **discriminadores** do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar.*
>
> *A conceção rigorosa garante que os fluxogramas têm informação cruzada entre si, uma vez que um determinado número de queixas de apresentação pode conduzir a mais do que um fluxograma, não*

[1] Disponível em: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0382020-de-17122020-pdf.aspx .
[1] https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/

*permitindo nunca a atribuição de uma **prioridade clínica** inferior para a mesma queixa.*

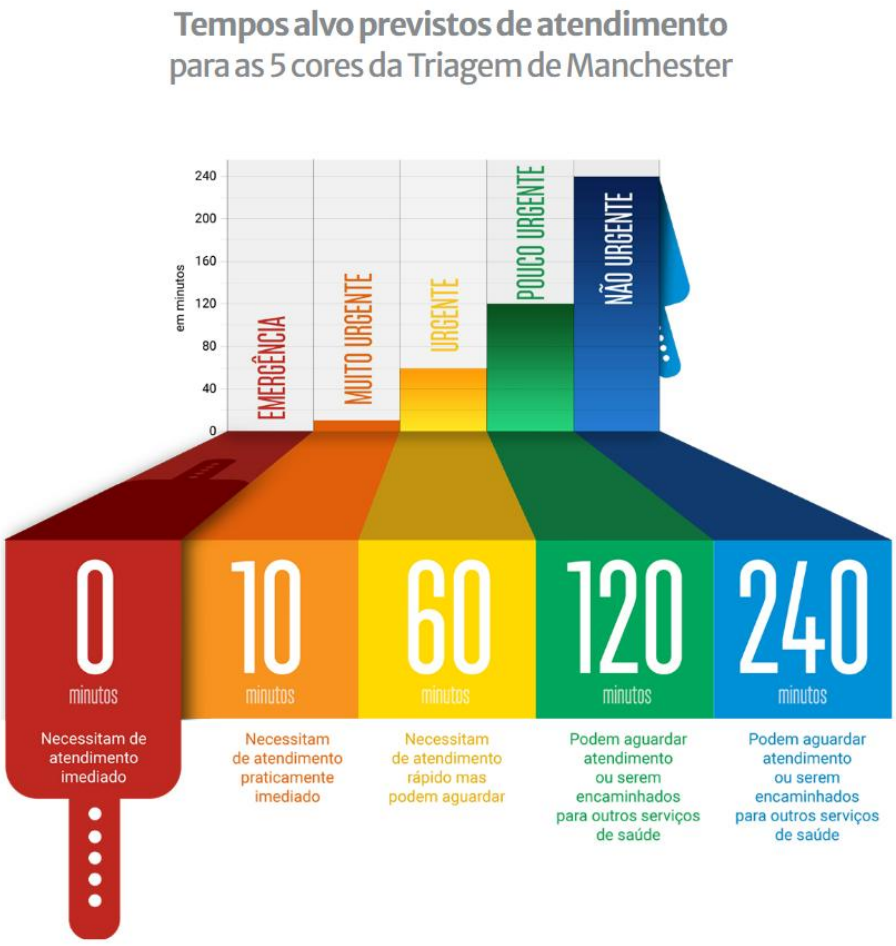
*A escolha do fluxograma de apresentação é, em grande medida, ditada pela queixa de apresentação do doente; é necessário em seguida proceder à recolha e análise de informações que permitam a determinação da prioridade clínica. O fluxograma estrutura este processo, mostrando **discriminadores-chave** (perguntas) em cada nível de prioridade – a avaliação é feita a partir da **prioridade clínica mais elevada**. Os discriminadores são deliberadamente colocados na forma de perguntas para facilitar o processo.*



*Os discriminadores permitem a inclusão dos doentes numa das **cinco prioridades clínicas**, e podem ser gerais ou específicos.*

*Os **discriminadores gerais** aplicam-se a todos os doentes, independentemente da queixa inicial que apresentam e, consequentemente, surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas; em todos os casos, os mesmos discriminadores gerais remetem o profissional da triagem para a mesma prioridade clínica.*

*Os **discriminadores específicos** aplicam-se apenas a algumas situações clínicas. Desta forma, por exemplo, dor aguda é um discriminador geral, dor pré-cordial e dor pleurítica são discriminadores específicos. Os discriminadores gerais surgem em muito mais fluxogramas que os específicos.*



O evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica.

*É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente. Por esta razão, o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, **pelo menos seis meses**, e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias.*

Seguindo este processo sistemático, facilitado pela metodologia de triagem, ***a análise do doente pode ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão****.*

A introdução da metodologia de auditoria interna e externa é fundamental para que exista reprodutibilidade entre os profissionais individualmente e os serviços onde se encontra implementado o PTM." – *cfr*. informação prestada pelo Grupo Português de Triagem no seu sítio eletrónico.

III.3.2. Da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde

42. Assim, a DGS emitiu 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 obstetrícia/ginecologia.

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

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

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

b) Normas da Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde da 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 caraterísticas da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde;

c) Sempre que a família/acompanhante o solicite. **(sublinhado nosso)**

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 referenciação 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.3.3 Da Via Verde AVC

43. Conceptualmente, a Via Verde AVC, juntamente com as redes de referenciação, é considerada um elemento essencial na melhoria das acessibilidades no domínio das doenças cardiovasculares;

44. O texto do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, aprovado pelo Despacho n.º 16415/2003, com as alterações do Despacho n.º 766/2005 do Alto Comissário da Saúde, divulgadas junto das ARS e dos prestadores através da Circular Normativa da DGS, n.º 03/DSPCS, de 6 de fevereiro de 2006, atualizado e publicado em anexo a esta Circular Normativa, previu enquanto estratégias de intervenção, nomeadamente:

"[…] *Promover a melhoria do acesso do doente vítima de AVC a um rápido diagnóstico e tratamento adequado, incluindo a precocidade e continuidade de reabilitação*.

Para este efeito, serão criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- *orientações técnicas sobre o tratamento precoce da fase aguda do AVC, destinadas aos profissionais de saúde;*

• redes de referenciação para diagnóstico e terapêutica, de doentes com suspeita ou fases iniciais de AVC;

• orientações técnicas sobre reabilitação no pós AVC, destinadas aos profissionais de saúde;

• normas sobre circuitos de referenciação para reabilitação após AVC, de forma a ser evitada a descontinuidade no processo de reabilitação".

45. Previu-se ainda que seria:

"[…]

• desenvolvida e avaliada a implementação nacional da Via Verde do AVC, coordenada pelo Instituto de Emergência Médica com o apoio do Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares;

• promovida a divulgação de informação, destinada à população em geral, sobre a melhor forma de utilização da Via Verde do AVC;

• promovido o acesso rápido a consulta de referência dos doentes com hipótese diagnóstica de acidente isquémico transitório, colocada pelo Clínico Geral" – cfr. Programa Nacional atualizado, constante da Circular Normativa da DGS, n.º 03/DSPCS, de 6 de fevereiro de 2006;

46. No seguimento e em desenvolvimento do assim previsto, foram emitidas pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, diversos documentos orientadores, como sejam os documentos relativos às "*Redes de Referenciação Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC*" (2006), o "*Documento Orientador sobre Vias Verdes do EAM e do AVC*" (2007) e as "*Recomendações clínicas para o EAM e para o AVC*" (2007);

47. Neste âmbito, a Via Verde está definida como "*uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas*

mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações"[2];

48. A qual promove "*o envolvimento do público e dos profissionais de saúde, o reconhecimento precoce de sinais de alarme, o conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda, a sistematização das primeiras atitudes de socorro, a definição do encaminhamento para a instituição mais adequada e com melhores condições de tratamento definitivo, a definição das diversas responsabilidades técnicas, dos vários procedimentos clínicos (recomendações e protocolos clínicos), de sistemas de informação (registos) e indicadores de avaliação e monitorização, e a integração do trabalho e dos objetivos nas fases pré, intra e inter-hospitalares.*" – cfr. documento relativo às redes de referenciação, de 2006;

49. Sendo que o "[…] *sucesso da implementação das VVC dependerá não só do acionar do sistema de emergência pré-hospitalar por parte do cidadão através do 112, como também do diagnóstico ou suspeita diagnóstica efetuados na fase pré-hospitalar e do encaminhamento para os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas, atempadamente, por parte do INEM*";

50. Do exposto resulta, assim, que é desde logo assumida a especificidade deste tipo de cuidados em termos de referenciação, por privilegiar o fator tempo, em detrimento das distâncias quilométricas e dos critérios tradicionais de áreas de influência geográfica dos hospitais;

51. Ainda, considerado o enfoque dado à Via Verde pré-hospitalar, no sentido de uma referenciação eficaz, esta deverá ter em consideração os critérios diagnósticos de fase aguda, o conhecimento das Unidades mais adequadas para o encaminhamento dos doentes, o tempo decorrido desde o início dos sintomas/sinais, o tempo necessário para o transporte e a disponibilidade de internamento de cada Unidade;

[2] *Cfr.* Documento orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2007).

52. As Vias Verdes intra-hospitalares serão da responsabilidade de cada Hospital, "*para o diagnóstico expedito e tratamento rápido das duas situações clínicas, quando o doente procura diretamente o Hospital, por sua iniciativa ou por meios diferentes do INEM*";

53. Ademais, as Vias Verdes, juntamente com as redes de referenciação, são consideradas um elemento essencial na melhoria das garantias do direito de acesso;

54. Por essa razão, a necessidade de implementação destes Sistemas de Resposta Rápida (Vias Verdes) foi reforçada pela publicação do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 153, de 11 de agosto de 2014, o qual definiu, para além de uma Rede de Referenciação genérica de Urgência e Emergência, as Redes de Referenciação específicas para as quatro Vias Verdes;

55. Com alusão específica, no artigoº 14.º do referido Despacho n.º 10319/2014, à Via Verde AVC, estabelecendo que,

> "[…]
>
> *1.Todos os SUMC* [Serviço de Urgência Médico–Cirúrgico] *e SUP* [Serviço de Urgência Polivalente] *devem ter a capacidade para o diagnóstico clínico e imagiológico de AVC agudo, bem como para efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação.*
>
> *2. Deve, ainda, ser constituída a capacidade para realização de técnicas de re -permeabilização intra-arterial em alguns dos SUP da Rede, de forma a garantir o acesso a estas metodologias de tratamento nas regiões de mais elevada casuística.*
>
> *3. A complexidade e a exigência técnica da abordagem referida no número anterior, bem como os casos atualmente selecionados para a sua realização, recomendam uma rigorosa definição da sua localização e Rede de Referenciação*".

56. Ainda, por via do Despacho n.º 14041/2012, de 23 de outubro[3], para promover a correta referenciação dos doentes urgentes e ou emergentes, que lhe compete, o INEM dispõe dos CODU, cujas atribuições são reguladas no referido Despacho, e aos quais compete, com relevância para o caso em apreço, nos termos do n.º 2, alínea f):

> "[…]
>
> *Coordenar a decisão sobre referenciação primária e secundária de todos os doentes urgentes e ou emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e ou Cuidados Intensivos, em particular a referenciação das Vias Verdes;*"

57. O que decorre da competência atribuída ao INEM de promover, coordenar, assegurar e monitorizar a orientação dos doentes urgentes das vias verdes instituídas pelos programas nacionais;

58. E resulta, igualmente, do Despacho n.º 10319/2014 *supra* citado, que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), onde é destacada a competência do INEM em termos de orientação dos doentes nas Redes de SU, redes de referenciação específicas de urgência e Vias Verdes existentes[4];

59. Refira-se ainda que nos termos do documento "*Redes de Referenciação Cardiovascular de Urgência e Vias Verdes do EAM e AVC*" (2006) "*Sempre que o médico responsável pela Via Verde assim o entenda, deverá ser promovida a transferência do doente para uma U-AVC de outro hospital*";

60. Sendo que o transporte inter-hospitalar "[…] *será preferencialmente da responsabilidade do INEM ou na sua falta por outra ambulância medicalizada*";

61. E que "*Quando entendido pela U-AVC de acolhimento e em articulação com a U-AVC de origem, poderá o doente ser devolvido a esta última, ficando sob*

[3] Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 209, de 29 de outubro de 2012.

[4] *Cfr.* artigo 18.º do Despacho n.º 10319/2014, de 25 de julho.

sua responsabilidade a transferência para uma enfermaria, caso se julgue não justificada a permanência na U-AVC";

62. Concluindo que "[…] *as U-AVC devem estar articuladas com um ou mais serviços hospitalares de modo a assegurarem, em contínuo, a recepção dos doentes, garantindo os cuidados* subsequentes e permitindo um escoamento que evite o bloqueamento da U-AVC.";

63. O Despacho n.º 2713/2015, de 04 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, vem determinar, com particular relevo para os autos, que:

"[…]

(i) *Os hospitais com serviços ou unidades para cuidados intensivos (UCI) com capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, considerados como de nível II ou III, polivalentes e para queimados, devem dispor em permanência de um médico cuja função consiste em assegurar a coordenação dos fluxos e a comunicação com os CODU do INEM, de forma a harmonizar as boas práticas colaborativas dos vários intervenientes no sistema*;

(ii) *Compete ao médico designado para esse efeito articular-se com os CODU do INEM no sentido de organizar a receção dos doentes críticos referenciados, bem como a transferência inter-hospitalar para UCI de outras unidades de saúde do SNS;*

(iii) *O referido médico deve ser indicado pelo responsável máximo do serviço ou unidade respetiva e pertencer ao corpo clínico da UCI, devendo estar identificado na escala diária da UCI, cuja função é acumulada com a assistência clínica de doentes;*

(iv) *A informação de vagas de cuidados intensivos de nível II e III, polivalentes e para queimados, a nível do território continental, de todas as unidades de saúde do SNS deve ser carregada regularmente, no Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), ou equivalente até a sua substituição pelo SONHO, podendo nas unidades preparadas para o efeito ser adicionalmente*

usada plataforma informática especifica, integrada e coordenada informaticamente com o sistema de informação do INEM no CODU." […]".

III.3.3.1. Da Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Direção Geral da Saúde

64. Assim, a Direção Geral da Saúde emitiu a Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, que estabelece o seguinte:

"[…]

1. Na presença da instalação dos seguintes sinais deve suspeitar-se de acidente vascular cerebral (AVC) (sinais de alerta de AVC) (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B):

a) Dificuldade em falar;

b) Boca ao lado;

c) Falta de força num membro.

2. As instituições de saúde devem divulgar que, na presença de qualquer dos sinais de alerta de AVC, a pessoa ou familiar ou cuidador ou quem assiste (incluindo os profissionais de saúde) deve contactar de imediato o Número Europeu de Emergência 112 (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).

3. Após contacto com o Número Europeu de Emergência 112, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) deve confirmar a suspeita diagnóstica de AVC e proceder à ativação da Via Verde AVC pré-hospitalar, enviando o meio de transporte de emergência ao local (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).

4. A referenciação do CODU deve ser dirigida ao serviço de urgência da unidade hospitalar com unidade AVC:

a) Que se encontra mais próxima do local; e

b) Que tem disponibilidade imediata para receber o Caso Suspeito AVC.

[…]

9. O Caso Suspeito AVC deve ser recebido no serviço urgência hospitalar pela Equipa Via Verde AVC intra-hospitalar e deve realizar com carácter de urgência:

a) Atendimento imediato sem perturbação dos procedimentos administrativos nos cuidados de saúde a prestar;

b) Avaliação ABC:

(i). Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical (A-Airway maintenance with cervical spine control);

(ii). Ventilação (B - Breathing);

(iii). Circulação com controlo hemorrágico e acesso venoso (C-Circulation with haemorrhage control);

c) A validação da suspeita de AVC, incluindo revisão da hora e circunstâncias do início dos sintomas;

d) História médica prévia;

e) Exame objetivo geral;

f) Exame neurológico;

g) Quantificação do defeito neurológico, através de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).

h) Meios complementares de diagnóstico:

i. Avaliação imagiológica:

(i). Tomografia computorizada crânio-encefálica (TC CE) e na pessoa candidata a tratamento endovascular devem ser realizadas angioTC do arco aórtico, troncos vasculares supra-aórticos e cerebral (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A);

(ii). Ressonância magnética (RM) crânio-encefálica na dúvida do diagnóstico.

ii. Realização de ECG sempre que não atrase o início do tratamento (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B);

iii. Avaliação laboratorial:

(i). Hemograma com plaquetas;

(ii). Estudo da coagulação (tempo de protrombina (TP), expresso por índice internacional normalizado (INR) e tempo de tromboplastina parcial ativado (aPTT);

(iii). Glicemia;

(iv). Creatinemia;

(v). Ionograma sérico.

i) Monitorização de:

i. Estado de consciência e défices neurológicos (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS):

ii. Parâmetros vitais:

(i). Pressão arterial;

(ii). Frequência cardíaca;

(iii). Temperatura corporal;

(iv). Frequência respiratória.

iii. Saturação de oxigénio periférico (SaO2);

iv. Capacidade de deglutição.

[…]

16. As U-AVC devem articular-se entre si, em rede, de modo a garantir o acesso ao tratamento adequado do Caso Suspeito ou Confirmado de AVC, independentemente da região em que se encontra e o mais rapidamente possível.

[…]

20. No âmbito da presente Norma compete a cada Administração Regional de Saúde (ARS):

a) A organização de uma rede de unidades de saúde com U-AVC de nível A e de nível B e respetiva Via Verde AVC, na sua área geográfica, de modo a assegurar o acesso da pessoa com AVC a cuidados de saúde de qualidade, sem perda de tempo, independentemente da sua localização geográfica;

b) A organização de uma rede de telemedicina e de telerradiologia interligando as U-AVC de diversos níveis, assegurando o suporte, em termos de capacitação e às geograficamente mais afastadas;

c) A nomeação de um coordenador regional da Via Verde AVC o qual deve assegurar (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B):

i. A articulação entre as unidades de saúde com U-AVC de nível A e de nível B com vista a assegurar à pessoa com AVC, o tratamento e no tempo previsto;

ii. A promoção da divulgação, insistente e recorrentemente, dos sinais de alerta de AVC, junto da população e as atitudes a tomar perante tal situação;

iii. A identificação e solução de constrangimentos que se verificam no funcionamento destes processos, reportando-os à Direção Geral de Saúde;

iv. A promoção do funcionamento das U-AVC de acordo com a presente Norma;

v. A execução do Programa Nacional das Doenças Cérebro-Cardiovasculares. […]".

III.4. Da análise da situação concreta

65. A abertura dos presentes autos resulta da necessidade de aferir se foram prestados cuidados de saúde tempestivos e de qualidade à utente LA, no decurso do episódio de urgência no dia 3 de abril de 2024.

66. Dentro deste quadro factual é, de ressaltar, que a atuação da ERS sobre a situação em causa visa garantir a adequação dos procedimentos adotados

no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de salvaguardar "*os direitos e interesses legítimos dos utentes*" e de "*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*".

67. Assim, a análise da factualidade em causa, impõe que sejam analisados os procedimentos relativos ao atendimento em contexto SU;

68. Com efeito, dos elementos remetidos pelo prestador relativos ao episódio de urgência em causa, resulta o seguinte:

    1. A utente LA deu entrada, no SU, no dia 3 de abril de 2024, pelas 14h06;
    2. Foi triada pelas 14h21, com a seguinte queixa: *Refere vários AVC (último no ano passado) com sequelas parecia no MSE. Recorre ao SUC por agravamento da paresia MSE e sensação de desorientação*;
    3. Foi atribuída Prioridade Amarelo – Urgente
    4. Foi seguido o Fluxograma – Problemas nos membros;
    5. Foi associado o Discriminador: novos sintomas e/ou sinais neurológicos;
    6. Pelas 21h33 teve a 1ª observação médica, tendo sido realizado ECG;
    7. Foi contactada a neurologia e foi ativada a VV AVC.

69. Assim, no que respeita ao episódio de urgência em análise, resulta que sendo o tempo alvo de atendimento de 60 minutos, para situações urgentes, a utente, triada às 14h21, apenas foi observada pelas 21h33, sendo que apenas a esta hora foi ativada a VV AVC;

70. Resultando assim inequívoca não só a clara ultrapassagem do tempo alvo de atendimento, como a inexistente prestação dos cuidados de saúde de que a utente necessitava e cuja prestação urgente havia já sido indiciada no momento da realização da triagem, durante um hiato temporal de 7 horas.

71. A este propósito, cumpre assim ressaltar a apreciação técnica resultante do parecer clínico emitido "[…] *o procedimento de triagem não cumpriu integralmente os princípios e critérios definidos no PTM, nomeadamente no*

que respeita à valorização de sintomas neurológicos agudos e à identificação do tempo de início dos sintomas, parâmetro determinante para a ativação imediata da VV-AVC. […]

72. Na mesma senda, resultou estabelecido que a escolha do fluxograma e discriminador, pode ter tido impacto direto na priorização (foi usada uma categoria genérica em vez de "*Défice Neurológico Agudo*"), que deu lugar à atribuição de prioridade inferior à adequada, no caso deveria ter sido *Muito Urgente (Laranja)*.

73. Acrescendo que, o *encaminhamento inadequado e o tempo de espera de cerca de 7 horas até à primeira observação médica, é incompatível com a gravidade clínica e os tempos máximos previstos para prioridade atribuída* (urgente/amarelo) com tempo alvo de 60 minutos.

74. Ademais, refira-se 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);

75. Na verdade, conforme também resulta da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro, da DGS, "[…] *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 caraterísticas da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde; c) Sempre que a família/acompanhante o solicite.* […]";

76. No mesmo sentido, pronunciou-se o perito da ERS, que refere em suma que:

"[…]

A ausência de retriagem após ultrapassado o tempo-limite agrava o desvio procedimental, uma vez que, conforme definido na Norma e pelo PTM, a retriagem deve ser obrigatoriamente desencadeada quando o tempo de espera excede o limiar da prioridade atribuída, ou quando o utente manifesta qualquer alteração do seu estado clínico.

No caso em apreço, a permanência prolongada da utente em sala de espera sem nova avaliação constitui falha de vigilância clínica e omissão de monitorização contínua do risco.

Do ponto de vista técnico, a triagem e retriagem não se esgotam na classificação inicial — representam processos dinâmicos de avaliação contínua, que visam ajustar a prioridade às flutuações do estado clínico e garantir resposta adequada às condições tempo-dependentes, como é o caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC).[…].

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

78. Na medida em que não acautelou o seu devido acompanhamento, de modo a que a prestação de cuidados de saúde fosse realizada de forma integrada e tempestiva.

79. Assim, compulsados os elementos instrutórios recolhidos nos presentes autos, embora se conclua que à data dos factos a ULSSM tivesse já implementado o Sistema de Triagem de Manchester, tendo por isso definido um procedimento de atendimento específico para o serviço de urgência;

80. No caso concreto, aqueles procedimentos não foram seguidos, com claro prejuízo para a salvaguarda dos direitos e interesses legítimos da utente LA.

81. 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 serem atendidos em contexto de SU, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

82. 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 (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciarem-se relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o prestador Unidade Local de Saúde Santa Maria, E.P.E e a reclamante RA.

83. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS não rececionou até ao momento, qualquer comunicação da reclamante.

84. Após deferimento de pedido de prorrogação de prazo, em 4 de dezembro de 2025, a ERS rececionou a pronúncia do prestador Unidade Local de Saúde Santa Maria, E.P.E. que veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

"[…]

1. ENQUADRAMENTO

O Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) é o método estruturado utilizado para a avaliação inicial dos utentes nos serviços de urgência, permitindo a atribuição de prioridades de forma sistemática, segura e baseada em critérios uniformizados e validados internacionalmente.

O processo de triagem caracteriza-se por ser um momento breve, mas de elevada complexidade clínica e exigência técnica. Exige do enfermeiro formação certificada no Curso de Triagem de Manchester e experiência mínima em contexto de urgência.

O Serviço de Urgência Central (SUC) da ULSSM está classificado como Serviço de Urgência Polivalente, o mais diferenciado nível de resposta urgente e emergente (Despacho n.º 13427/2015), exigindo elevados padrões de qualidade e rigor na triagem, acolhimento e gestão dos fluxos assistenciais. Em 2024, o SUC realizou 137 347 atendimentos, equivalendo a uma média de 376 episódios diários. No mesmo período, o tempo médio de espera para triagem foi de 10 minutos e 51 segundos, traduzindo eficiência e consistência no desempenho.

Para além da atribuição de prioridades pelo PTM, a triagem no SUC integra:

- *Encaminhamento de doentes pouco urgentes/não urgentes para Cuidados de Saúde Primários, quando clinicamente adequado;*
- *Encaminhamentos diretos para especialidades (ORL, Dermatologia, Psiquiatria, OrtoTraumatologia);*
- *Integração em vias e circuitos assistenciais específicos (Vias Verdes, Vias Integradas, Circuito do Idoso Frágil);*
- *Avaliação sistemática do risco infecioso;*
- *Articulação com diversas especialidades médicas;*
- *Adequação permanente aos protocolos atualizados.*

Desde 2002, o SUC promoveu 30 cursos PTM, abrangendo 525 profissionais. Realizam-se auditorias internas mensais desde 2003, cumprindo a Norma n.º 002/2018 da DGS. Entre 2007 e 2024 foram auditadas 97 510 triagens, com um nível de conformidade de 88,65%.

Quanto à profissional referida no processo, o desempenho auditado (82,49%) situa-se dentro dos padrões esperados. Inconformidades pontuais foram objeto de medidas corretivas e, desde maio de 2025, encontra-se implementado um mecanismo diário de reforço técnico-científico dirigido à equipa de triagem.

2. *DECISÃO DA ERS — ESCLARECIMENTOS*

82 a)

O SUC cumpre integralmente o artigo 4.º da Lei n.˚15/2014, assegurando cuidados adequados, humanizados e cientificamente sustentados, constituindo este princípio a base orientadora da prática assistencial.

82 b)

A Norma n.º 002/2018 define situações que obrigam à retriagem/reavaliação. Todavia, os tempos de espera resultam de um conjunto de intervenções interprofissionais e organizacionais, não sendo imputáveis exclusivamente à equipa de enfermagem.

Os tempos definidos pelo PTM são rigorosamente cumpridos no momento da triagem inicial.

Para assegurar a retriagem em conformidade com a norma, o SUC elaborou o Procedimento Setorial de Triagem e Retriagem, submetido e aprovado pelo Conselho de Administração, que se anexa. A sua implementação plena exige o reforço de um enfermeiro por turno, face à elevada pressão assistencial.

82 c)

A instrução de trabalho relativa à retriagem encontra-se em fase final de validação e será remetida à ERS após aprovação interna.

82 d)

A gestão do SUC manterá e reforçará:

- *A formação contínua e periódica em PTM;*
- *A necessidade de descrição completa e rigorosa da queixa de apresentação;*
- *A adequação criteriosa dos fluxogramas e discriminadores;*
- *A preparação da transição do ALERT para o SClínico e, permitindo alertas automáticos de ultrapassagem dos tempos PTM;*
- *A implementação de dashboards operacionais com informação em tempo real sobre tempos de espera, fluxos assistenciais e cumprimento dos tempos definidos, garantindo maior capacidade de monitorização e intervenção precoce;*
- *A alocação, a curto prazo, de Técnicos de Ação Médica (TAS) em postos fixos nas zonas mais críticas do SUC, nomeadamente nas áreas de prioridade amarela, assegurando a presença visível e permanente de um colaborador que poderá solicitar ajuda de forma imediata em situações de agravamento clínico ou necessidade de intervenção rápida.*

Esta medida reforça a vigilância ativa das zonas de maior densidade assistencial e aumenta a segurança clínica, reduzindo tempos de reação e potenciando a eficácia dos circuitos de escalonamento.

82 e)

São remetidos em anexo:

1. *Abordagem personalizada ao profissional visado e respetivas medidas de melhoria (Anexo I);*
2. *Registo das reuniões técnicas de reforço da equipa de triagem (Anexo II);*
3. *índice de fluxogramas e dicionário de discriminadores disponíveis nos postos de triagem (Anexo III);*
4. *Procedimento Setorial de Triagem e RE triagem aprovado em CA.*

O mecanismo previsto para suspensão da triagem em caso de inconformidades reiteradas nunca necessitou de ativação.

3. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

A ULSSM reafirma o seu compromisso com a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados no SUC. A complexidade crescente dos serviços de urgência exige profissionais diferenciados, processos sólidos e uma cultura efetiva de melhoria contínua.

O SUC continuará a reforçar a qualidade da triagem através de:

- *Auditorias internas sistemáticas;*
- *Formação contínua;*
- *Implementação integral do Procedimento de Triagem e Retriagem;*
- *Transição para sistemas de informação mais robustos;*
- *Dashboards operacionais em tempo real, que permitirão monitorização contínua e tomada de decisão informada;*
- *Reforço presencial de TAS nas zonas críticas, garantindo vigilância ativa, capacidade de resposta imediata e apoio direto à equipa clínica.*

A ULSSM e o respetivo SUC mantêm total disponibilidade para colaborar com a ERS na concretização das oportunidades de melhoria identificadas, fortalecendo a missão da ULS de prestar cuidados de excelência à população. […]".

85. O prestador veio aos autos juntar os seguintes documentos:

- Procedimento sectorial SUC.PS.001.00 – Triagem, de dezembro de 2025, com o objetivo de "uniformização dos procedimentos relacionados com os processos de triagem e retriagem de doentes no Serviço de Urgência Central SUC;
- Abordagem personalizada ao profissional visado e respetivas medidas de melhoria (Anexo I);
- Registo das reuniões técnicas de reforço da equipa de triagem (Anexo II);
- Índice de fluxogramas e dicionário de discriminadores disponíveis nos postos de triagem (Anexo III);

86. Face à pronúncia do prestador, cumpre analisar os elementos invocados, aferindo da suscetibilidade de infirmarem a deliberação delineada.

87. Após análise da documentação remetida pela à ULS Santa Maria, E.P.E., resulta que a informação prestada será apta a garantir o determinado na instrução emitida no projeto de deliberação regularmente notificado sendo, demonstrativa do cumprimento das alíneas c) e e) do § 82 do referido projeto, cuja manutenção se revela assim desnecessária atento o seu antecipado cumprimento pelo prestador.

88. Quanto ao demais, a intervenção regulatória da ERS visa igualmente a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações decorrentes das regras e orientações a cada momento aplicáveis, aptas a garantir, de forma permanente, a prestação dos cuidados de saúde de qualidade e adequado à situação clínica de cada um;

89. Concluindo-se, assim, pela necessidade de manutenção da instrução infra.

V. DECISÃO

90. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e 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 à Unidade Local de Saúde Santa Maria, 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, 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, da DGS;

c) Garantir o cumprimento dos procedimento e orientações em vigor, a cada momento, mormente da Norma da DGS n.º 015/2017, da DGS, designadamente:

- Avaliação inicial rigorosa, assegurando o registo obrigatório da hora de início dos sintomas;
- Aplicação do fluxograma e discriminador adequados à queixa apresentada, de acordo com o PTM;
- Cumprimento dos tempos máximos de espera para observação médica, tal como definidos nas normas da DGS e no PTM, com mecanismos automáticos de alerta sempre que o tempo-limite da prioridade atribuída seja ultrapassado.

d) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos previstos nas alíneas anteriores sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os seus trabalhadores e/ou prestadores de serviços;

e) Dar cumprimento imediato 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*.

91. 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* ".

92. Considerando que é à Ordem dos Enfermeiros que caberá aferir da adequabilidade clínica da atuação dos profissionais da Unidade Local de Saúde Santa Maria, E.P.E., deve o presente processo ser encaminhado para esta entidade, solicitando que logo que possível, dê conhecimento à ERS das conclusões que venham a ser apuradas.

93. 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, 11 de dezembro de 2025.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

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).



ERS
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt