



DELIBERAÇÕES

15 de Janeiro de 2026

ERS/033/2025



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/033/2025;

Nota Prévia

No dia 7 de novembro de 2023, foi publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 102/2023, que procede à criação de unidades locais de saúde (ULS), com natureza de entidades públicas empresariais, diploma legal que produziu efeitos em 1 de janeiro de 2024 (artigo 20.º).



O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro procede à reestruturação de um conjunto de entidades públicas empresariais, integradas no SNS (e identificadas nas múltiplas alíneas do n.º 1 do artigo 1.º), as quais passam a adotar o modelo de organização e funcionamento em ULS.

Foi o que sucedeu com o Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E., passando a denominar-se Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E. (ULS Algarve). — Cfr. alínea ff) do n.º 1 do artigo 1.º.

Assim, a ULS Algarve constitui uma unidade de saúde do SNS, integrada no setor empresarial do Estado, sendo-lhe aplicável o disposto no Estatuto do SNS; no respetivo regulamento interno e na demais legislação aplicável ao setor público empresarial. (artigo 2.º, n.ºs 1 e 2 do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro).

Finalmente, o artigo 8.º do referido diploma legal estabelece que as ULS identificadas no seu artigo 1.º, entre elas a ULS Algarve, sucedem na universalidade de bens, direitos e obrigações, bem como nas respetivas posições contratuais tanto (i) das entidades incorporadas/extintas, como (ii) das ARS, relativamente aos estabelecimentos transferidos, independentemente de quaisquer formalidades legais. Neste sentido, considerando o disposto no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, o processo de inquérito será aberto contra a ULS Algarve.

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 31 de março de 2023, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita, em 27 de março de 2023, por HS, visando a atuação do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve — Hospital de Faro, agora Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E., entidade prestadora de cuidados de saúde registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 22789.



2. Na referida reclamação, à qual foi atribuído o número REC/36766/2023, a exponente refere que, no dia 28 de fevereiro de 2023, o utente PR deu entrada no SU daquela unidade hospitalar, após um acidente rodoviário. Depois de realizada a triagem o utente aguardou cerca de 4 horas para 1ª observação médica. No decurso do tempo de espera começou a sentir falta de ar tendo sido levado para cirurgia, onde foi constatado que teria uma hemorragia interna, acabando por falecer.
3. Para apuramento mais aprofundado dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou por despacho de 3 de abril de 2025, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/033/2025.

I.2. Diligências

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, onde se constatou que a Centro Hospitalar e Universitário do Algarve — Hospital de Faro, agora Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E., é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 20296;
 - (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos remetido à Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E., em 29 de abril de 2025, com insistência em 21 de julho de 2025 e análise da respetiva resposta rececionada em 25 de agosto de 2025;
 - (iii) Deferimento do pedido de prorrogação de prazo para resposta ao pedido de elementos da ERS;
 - (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito enviado à reclamante HS, em 29 de abril de 2025.



II. DOS FACTOS

II.1 Da reclamação n.º REC/36766/2023

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

“[...] No dia 28/02, o [PR] sofreu um despiste de ciclomotor, foi transportado para o serviço de INEM para o hospital de Faro, entrou por volta das 18:20. Foi feita a triagem e não recebeu o devido atendimento.

Por voltas das 22:30 o meu marido disse-me “Ajuda-me estou a morrer, não consigo respirar”. Pedi ajuda à médica de cirurgia passados 10 minutos sou informada que o meu marido estava entre a vida e a morte. Estava com uma hemorragia interna e não sabiam o que iriam encontrar, foi operado de urgência, faleceu no dia 01/03.

Não é humano deixar o doente mais de 4 horas e ignorarem a sua situação porque os danos não eram visíveis.

Considero uma verdadeira incompetência médica, deixarem-no morrer porque ele esteve 4 horas a perder sangue, sem que dessem valor às queixas dele.

O P era um pai e um marido e não merecia o que lhe fizeram [...]”.

6. Em resposta à reclamação apresentada veio a ULS Algarve, E.P.E., informar o seguinte:

[...]



Admissão em Serviço de Urgência Polivalente: 28/02/2023 às 18:32, Episódio S [REDACTED]
Triagem de Prioridades: às 18:49
Queixa: Dor Torácica
Discriminador: Dor Moderada
Prioridade: Amarelo (doente Urgente, com Tempo Alvo de até 60mins)
Parâmetros: Dor: 5-7, Temperatura Timpânica: 36°C, Pulso Rítmico, Frequência: 82/minuto

Doente Encaminhado para **Cirurgia Geral**
Responsabilidade assumida pela equipa de Cirurgia Geral às 18:51 (dentro do Tempo Alvo, portanto) por dor torácica e do ombro e hematoma da região do ombro homolateral.

Exames Auxiliares de Diagnóstico: pedidos a partir das 21:11
Início da Medicação: 21:14

Registo de 1ª Observação Médica: 21:22

Registo de agravamento do quadro clínico: 22:29 com pedido de colaboração da **Sala de Emergência**.

Internamento: às 23:02

Resposta:

Pressupostos:

Doente entrou no Serviço de Urgência vigil, "aparentemente utilizado" e com Prioridade Urgente (Amarelo) pelo Sistema de Manchester
Sinais vitais à Entrada: FP: 82/min com doente vigil
1ª Observação Médica com algum atraso (01hr:22mins após o Tempo Alvo).
Registado o agravamento rápido do quadro clínico cerca de 01 hora depois da 1ª Observação Médica
Encaminhado para realização de Cirurgia urgente às 23hrs:02mins (cerca de 04 hrs após a Admissão)

Houve constrangimentos processuais, nomeadamente no eventual incumprimento do Tempo Alvo e a absoluta carência de registos, que procura, este Serviço de Urgência, sistematicamente corrigir. Alguns desses constrangimentos resultam de muitas dificuldades na área dos recursos humanos médicos e, também, de enfermagem que a Instituição procura ultrapassar com permanentes tentativas de readequação da sua capacidade logística e funcional.

Ainda assim, o aparente rápido agravamento do quadro clínico (com aceleração da Frequência de Pulso e descompensação respiratória) deste doente não parece decorrer directamente dos constrangimentos acima referidos antes podendo estar ligado à sua condição clínica de base: Cirrose hepática com marcada Hipertensão Portal.

Este doente tinha, aliás, 44 episódios anteriores neste Serviço de Urgência. [...]"



II.2. Do pedido de informação à Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.

7. Por ofício da ERS, datado de 29 de abril de 2025, com insistência em 21 de julho de 2025, foi a entidade ULS do Algarve notificada da abertura do presente processo de inquérito, tendo-lhe sido solicitados os seguintes elementos:

“[...]”

1. *Explicitem de forma fundamentada, se possível acompanhada de elementos documentais, a situação descrita na referida exposição;*
2. *Esclareçam a razão pela qual o utente foi triado por dor torácica e se foram cumpridas as orientações da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde, nomeadamente a realização de ECG;*
3. *Informem se foi realizada auditoria à triagem realizada utente PR, e em caso afirmativo remetam evidência da mesma e principais conclusões;*
4. *Esclareçam o motivo para a situação não ter sido enquadrada em sede da Via Verde Trauma;*
5. *Envio de cópia do protocolo de ativação da Via Verde Trauma, em vigor nessa unidade hospitalar;*
6. *Informem que MCDT foram realizados no decurso do episódio de urgência, quem os solicitou e a que horas;*
7. *Da análise do relatório de urgência, existe informação que foi solicitado pelo médico assistente, designadamente, os seguintes MCDT: análises clínicas, TAC-CE; RX tórax, grelha costal e clavícula, e que os mesmos foram, posteriormente, cancelados pelo que se solicita que informem a razão da não realização dos MCDT, quem procedeu ao seu cancelamento e a que horas;*



8. Envio de cópia do processo clínico do utente PR, desde a entrada no SU em 28 de fevereiro de 2023, incluindo proposta cirúrgica, até ao falecimento do utente;

9. Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]"

8. Por comunicação eletrónica, datada de 25 de agosto de 2025, após pedido de prorrogação de prazo, veio a entidade ULS do Algarve prestar os seguintes esclarecimentos:

"[...]"

1. Triagem por dor torácica e cumprimento da Norma n.º 002/2018 (DGS)

Às 18h32, o utente deu entrada no Serviço de Urgência na sequência de acidente de motociclo, apresentando dor torácica, dor na grelha costal e clavícula, e alteração do estado de consciência.

Foi atribuído **prioridade amarela** pelo discriminador "dor moderada" e fluxograma 25: "dor torácica", conforme protocolo de triagem vigente.

A Norma n.º 002/2018 refere a realização de ECG em dor torácica **não traumática**. No presente caso, o quadro estava inserido num contexto de **trauma**, tendo sido priorizada a exclusão de lesões traumáticas graves, com solicitação imediata de meios complementares adequados à situação clínica (TAC-CE, RX e análises).

Não houve omissão de cuidados: o ECG não era prioritário face à necessidade de avaliação de lesões traumáticas potencialmente fatais.

2. Auditoria de triagem



Foi realizada revisão interna do episódio no âmbito de análise de caso clínico, confirmando a adequação do discriminador utilizado e das decisões tomadas.

Não foram identificadas inconformidades com os protocolos institucionais. Ver resposta do enfermeiro MP

3. Não enquadramento inicial na Via Verde Trauma

- Segundo o enfermeiro chefe o SU MP não existe via verde implementada:

“[...]”

- Relativamente à Via Verde Trauma:

(Embora exista a Norma n.º 012/2022, de 18 de novembro, da Direção-Geral da Saúde, que define a “Via Verde do Trauma no Adulto” como parte integrante do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), não existem evidências de que a mesma se encontrasse implementada operacionalmente na Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E., à data do episódio clínico (28/02/2023).

A ativação desta via pressupõe a existência de recursos específicos, coordenação interdepartamental, formação das equipas e integração no respetivo circuito nacional, medidas estas que carecem de aprovação e operacionalização local pelo Conselho de Administração.

Assim, não se pode considerar aplicável a exigência de ativação da Via Verde Trauma neste caso concreto, não configurando, por conseguinte, qualquer incumprimento de protocolo vigente na instituição à data dos factos.) [...]”

Ainda assim, à entrada, o utente apresentava parâmetros hemodinâmicos estáveis e sem critérios imediatos para ativação da Via Verde Trauma.

A instabilidade hemodinâmica manifestou-se posteriormente, às 22h22, na sala de espera, motivando avaliação imediata na Sala de



Emergência, realização de protocolo FAST (positivo para hemoperitoneu) e encaminhamento cirúrgico urgente.

O tempo decorrido entre a instabilidade e a laparotomia foi o estritamente necessário para confirmação diagnóstica e mobilização da equipa cirúrgica.

5. MCDT realizados, solicitante e hora

Análises laboratoriais com pesquisa de tóxicos: solicitadas às 20 :00 pela Dra. MC

TAC crânio-encefálico: solicitado pela Dra. MC às 21:22

Radiografias de tórax, grelha costal e clavícula: solicitadas pela Dra. MC às 21:22

Gasimetria arterial: realizada às 22h29, evidenciando acidemia metabólica e lactatos elevados pela Dra. MC

Protocolo FAST: *realizado imediatamente após a gasimetria, na sala dos diretos pelo Dr. LF, positivo para hemoperitoneu.*

TAC Torácica abdominal e pélvico, *solicitado às 22:21, após agravamento clínico é encaminhado para sala de emergência onde fizeram avaliação, após FAST positivo para hemoperitoneu e, com decisão cirúrgica imediata, foram anuladas as provas porque o doente foi para o bloco de forma emergente. [...]"*

9. O prestador veio, ainda, juntar aos autos o relatório de urgência, relativo ao episódio de 28 de fevereiro de 2023, que para o que o presente processo importa, se passa a transcrever:

a) O utente foi triado, pelas 18h49m,

- *Queixa: vem por despiste, condutor de veículo de duas rodas, pouco colaborante, aparentemente etilizado, vem por dor na grelha costa esquerda;*
- *Foi atribuída pulseira amarelo – urgente*
- *Fluxograma: dor torácica*



- *Discriminador: dor moderada.*

b) Pelas 21h22, existe uma informação clínica da Dr.^a MC (clínica geral) que refere:

M, 49 anos de idade; Aparentemente etilizado. Previamente observado pelo colega.
Trazido por despiste, condutor de veículo de duas rodas, traumatismo do membro superior esq e da grelha costal esq. Desconhece se teve ou não TCE.

AP: Ascite por patologia hepática

EO:

Vigil, calmo, pouco colaborante, algo confuso.

Sem hematomas ou ferida no couro cabeludo.

Apresenta hematoma no ombro/região da clavícula esq com moderada limitação.

ESN: Pupila iso/iso, reativas. Sem alt. da mímica facial, sem desvio da comissura labial.

Plano:

Colega pediu análises.

Peço TAC-CE + rx torax + rx grelha costal + rx ombro e clavícula.

Medica-se.

c) Pelas 21h 13 m, foram solicitados os seguintes MCDT:

- *Tórax, 1 incidência, posteriormente cancelado;*
- *Grelha costal, Unilateral 2 incidências, posteriormente cancelado;*
- *Clavícula, 1 incidência, posteriormente cancelado;*
- *Ombro, 2 incidências, posteriormente cancelado;*
- *TC Craneo encefálico, posteriormente cancelado;*

d) Pelas 22h29m, nova informação clínica:

Utente com agravamento de estado geral.

Faço GSA.

Peço observação por médico de SE.

e) Foram solicitados, pelas 22h22m os seguintes MCDT:

- *TAC Tórax, posteriormente cancelado;*
- *TC Pélvico, posteriormente cancelado;*
- *TC abdomen superior, posteriormente cancelado;*

f) Pelas 00h02 (de dia 1 de março de 2023) foram registadas as seguintes notas de enfermagem:



00:02 h

Utente dá entrada na sala de emergência em choque hemorrágico.
Com soroterapia em fio em curso por 2 acessos venosos periféricos e oxigenoterapia em alto débito.
Iniciou noradrenalina em perfusão.
Monitorizado; hipotenso e taquicárdico.
Ventilado com TET N°8 bem adaptado a prótese ventilatória.
Aspiradas secreções hemáticas da orofaringe.
Colocada SNG que fica em drenagem livre com saída de líquido translúcido.
Colocado CVC 3 lumen na femoral direita que fica permeável.
Algaliado com sylvastic N°16 que fica permeável.
Apresenta hematoma de grandes dimensões na região clavicular esquerda.
Colheu tipagem e pedido PFC. Seguiu diretamente para o bloco operatório.
Teve visita da esposa que foi informada da situação.

- g) Pelas 00h28m, nova entrada nas notas de enfermagem, que se passa a transcrever;

00:28 h

Notas á postiori:

Doente dá entrada na sala 10 com tripulantes, recorre por acidente em veiculo de duas rodas em que seria condutor. Com traumatismo do membro superior esquerdo e grelha costal a esquerda. Sem imobilizações dop exterior.
Doente consciente, com escassa resposta verbal, impercetível, prostrado, reativo a estímulos externos com abertura ocular espontanea.
Dificuldade na recolha de dados. Segundo familiar, previamente independente.
Inicialmente eupneico a ar ambiente em repouso.
Colhidas analises, com apoio da equipa médica por difíceis acessos. Enviadas para laboratorio.
Extremidades frias com má perfusão.
Realizada terapeutica segundo prescrição sem intercorrencias.
Prestados cuidados de conforto deitado em maca.

Doernte com quadro de descompensação, pedido colaboração da equipa médica. Saturações perifericas na ordem dosa 80% TA, não mensuraveis, FC: 113 bpm com pulso irregular.
Administrado segundo prescrição uma formula de de Bicarbonato 8,4%, SF a FIO. Transferido para sala dos Diretos.

- h) Ainda, é possível constatar que, de acordo com os registos informáticos, o utente foi visto por cirurgia pelas 18h51m, tendo sido transferido para clínica geral pelas 21h.

**Transferência de responsabilidade médica**

Para: [REDACTED] / Cirurgia
Responsável anterior: [REDACTED] (Cirurgia Geral)
Recepção: 23:01h 28-Fev-2023
Estado: Final

Para: [REDACTED] / Cirurgia Geral
Responsável anterior: Dr. [REDACTED] (Clínica Geral)
Recepção: 22:34h 28-Fev-2023
Estado: Final

Para: Dr. [REDACTED] / Clínica Geral
Responsável anterior: [REDACTED] (Cirurgia)
Recepção: 21:00h 28-Fev-2023
Estado: Final

Para: [REDACTED] / Cirurgia
Responsável anterior: [REDACTED] (Cirurgia)
Recepção: 18:51h 28-Fev-2023
Estado: Final

Para: [REDACTED] / Cirurgia
Recepção: 18:51h 28-Fev-2023

18:32

- i) O utente foi novamente transferido para cirurgia pelas 22h34.
- j) O utente foi sujeito a cirurgia por “Lesão do baço”, com a seguinte informação cirúrgica:

Relato Cirúrgico

Protocolo operatório:

Laparotomia mediana, hemoperitонеu de cerca de 4 l em conjunto com liquido ascitico. Circulação venosa colateral com hemorragia subcutânea, pelo que houve necessidade de laqueação das mesmas. Constata-se a existencia de figado cirrótico e laceração do baço no seu polo inferior, pelo que se procedeu a esplenectomia total pela instabilidade hemodinâmica do doente. Pequeno foco de contusão junto do angulo esplenico do colon, que se encontrava integro. apos libertação do ligamento esplenocolico e so longo da goteira parieto colica esquerda na sua porção superior. Exploração de toda a cavidade abdominal, desde o angulo deTritze até à válvula ileocolica assim como de todo o colon e respectivos mesos, que se encontravam integros.

Toilette peritoneal abundante com soro fisiologico. Encerramento monopiano com PDS 1. Pele com agrafos.

[...].

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

10. 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;
11. 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.
12. Consequentemente, a Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E., é uma entidade prestadora de cuidados de saúde sujeita à regulação da ERS.
13. 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”*.
14. 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”*.
15. 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.

16. 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*”.
17. 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.
18. 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 Sistema de Triagem de Manchester

III.2.1. Do Protocolo de Triagem de Manchester

19. 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.”.

20. 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.

21. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico¹:

*“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

¹ Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0382020-de-17122020-pdf.aspx> .

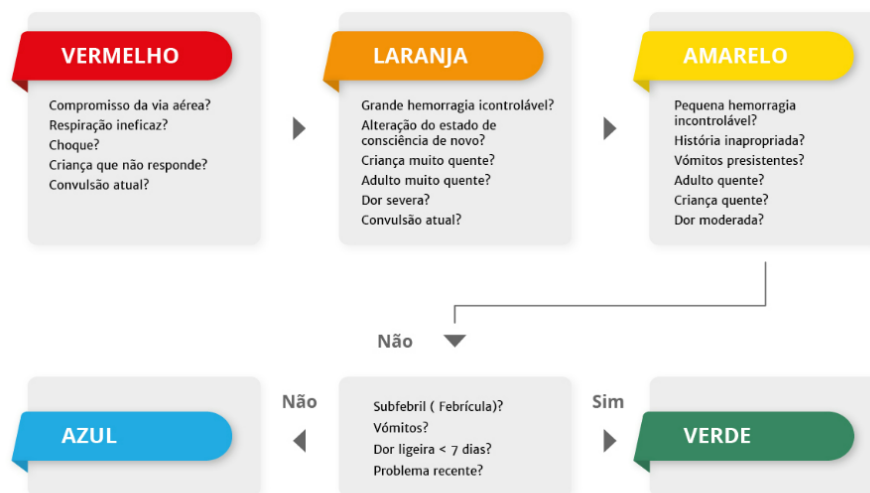
¹ <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>.



apresentação pode conduzir a mais do que um fluxograma, não 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.

Fluxograma



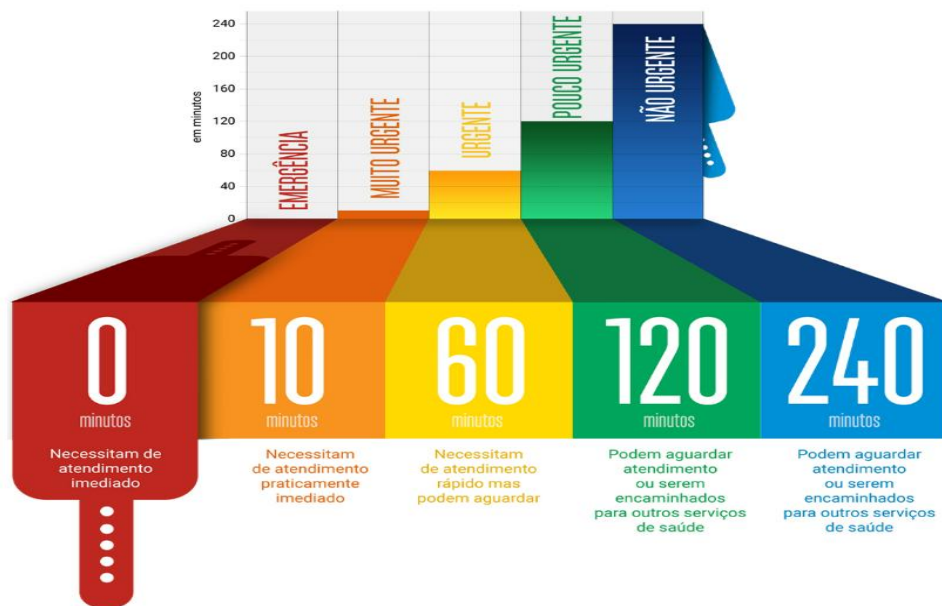
Os discriminadores permitem a inclusão dos doentes numa das **cinco prioridades clínicas**, e podem ser gerais ou específicos.

Os **discriminadores gerais** aplicam-se a todos os doentes, independentemente da queixa inicial que apresentam e, conseqüentemente, 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.

Tempos alvo previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester



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 Triage no seu sítio eletrónico.

III.2.2. Da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde

22. 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 Triage 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 mandatária, de médicos e enfermeiros.

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

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

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

c) Sempre que a família/acompanhante o solicite.

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

17. As auditorias internas mensais ao sistema de triagem de Manchester devem ser efetuadas nos termos previstos no protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e declaração de princípios a ele anexa.

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

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



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

21. Os SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS) 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.2.2 Da Norma n.º 012/2022, de 18 de novembro de 2022, da Direção Geral da Saúde

23. Já no que se refere à Via Verde Trauma, veio a DGS, emitir a Norma n.º 012/2022, de 18 de novembro de 2022, que define a organização, funcionamento e critérios de atuação da Via Verde do Trauma (VVT), integrada no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e envolvendo todos os pontos da Rede de Trauma (RT).

[...]

- 1. A Via Verde do Trauma (VVT) é parte integrante do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), utilizando a totalidade dos seus meios, nomeadamente pré-hospitalar e hospitalar.*
- 2. Todos os pontos da Rede de Trauma (RT) fazem parte da VVT.*
- 3. Na VVT definem-se como níveis de intervenção da RT diversos patamares de atendimento, que devem ser organizados de forma a prever o acesso a capacidade cirúrgica em menos do que 45 minutos de tempo de trajecto a partir do local de ocorrência:*
 - a) Pré-Hospitalar (Pré-H);*
 - b) Serviço de Urgência Básico (SUB);*
 - c) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC);*
 - d) Serviço de Urgência Polivalente (SUP), alguns dos quais poderão ter Centros de Trauma (CT), o polo mais diferenciado dos diversos níveis*



4. *Compete ao Conselho de Administração de cada instituição enquadrada na RT pugnar pela disponibilização dos recursos necessários à efetiva implementação da VVT, nomeadamente e no prazo máximo de 6 meses, com apresentação de Relatórios à respetiva Administração Regional de Saúde versando os seguintes pontos:*
- a) *Prever os procedimentos necessários para as instalações, material e equipamento indicados para a abordagem da vítima de trauma, assim como sistematizar a organização dos meios humanos existentes e efetuar o balanço do eventual recrutamento de recursos humanos requerido, com a promoção da respetiva formação específica e adequada;*
 - b) *Disponibilizar o contacto telefónico atualizado dedicado à VVT para conhecimento de todos os intervenientes;*
 - c) *Reunir os meios necessários para participar no Registo Nacional de Trauma (RNT), que engloba o requerido para a VVT;*
 - d) *Os SUMC, SUP/CT devem ainda:*
 - i. *Nomear um Médico Coordenador Local da VVT, informando a Comissão Regional do Trauma do elemento nomeado;*
 - ii. *Assegurar as condições necessárias para a formação específica do Coordenador Local da VVT e o cumprimento dos seus deveres e funções.*
5. *Todos os SU da RT devem ter um número de telefone dedicado à VVT (fixo e móvel), do conhecimento de todos os intervenientes.*
6. *Todos os Serviços de Urgência (SU) da RT devem ter uma **Equipa de Trauma (ET) imediatamente disponível, constituída por um chefe, médico, da ET e diversos profissionais de saúde previamente definidos (Anexo I) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I), nos termos da Circular Normativa n.º***



07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010. (sublinhado e negrito nosso)

7. Os SUMC, SUP e CT devem ter um Médico Coordenador Local da VVT que assume as seguintes competências:

[...]

8. O CT deve ser constituído num SUP (ou associação de SUP) que disponha de acesso às seguintes valências de diagnóstico e tratamento (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I):

a) Valências Médicas: Medicina Interna, Medicina Intensiva, Pneumologia com Fibroscopia, Gastroenterologia com Endoscopia, Cardiologia com capacidade de fazer Intervenção, Pediatria, Imuno-Hemoterapia e Medicina Física e Reabilitação;

b) Valências Médico-Cirúrgicas: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Cirurgia Cardio-Torácica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica, Urologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia;

c) Enfermagem: Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica ou com Competências acrescidas em Emergência Extra-Hospitalar;

d) Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT): Patologia Clínica com Toxicologia e Imagiologia (Radiologia e Neurorradiologia) diagnóstica e de Intervenção;

e) Sistema de informação integrado no Registo Nacional de Trauma (RNT).

9. Deve ser realizada formação específica e reconhecida com idoneidade conferida segundo a legislação aplicável e os sistemas de acreditação nacionais e internacionais atendíveis para os intervenientes da ET (Anexo I):

a) Formação avançada em trauma para médicos e enfermeiros;



b) *Formação básica em técnicas de trauma e imobilização para outros profissionais.*

10. *A formação avançada em trauma deve ser apoiada em cursos de trauma reconhecidos pelas sociedades científicas da área. A formação básica fica à responsabilidade de cada instituição, delegada no seu coordenador local da VVT, de acordo com as necessidades institucionais.*

11. *A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) deve ser obrigatória para todos os médicos e enfermeiros das ET e deve ser apoiada em cursos certificados pelo INEM, I.P., nos termos da legislação aplicável, de acordo com as especificidades próprias a atender nas diversas valências conforme o atual estado da arte na formação.*

12. *A passagem de informação na RT, quer entre níveis de intervenção, quer sempre que haja mudança de equipa cuidadora, deve ser objetiva e estruturada, verbal e escrita (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).*

13. *A informação verbal e a documentação devem utilizar as mnemónicas AT-MIST (Age, Time of accident, Mechanism of incident, Injuries suspected, Signs and symptoms, Treatments), SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) e ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, neurological Disability, Exposure), e incluir, pelo menos:*

a) *Dados demográficos da vítima de trauma (idade, sexo, comorbilidades);*

b) *Dados do acidente (mecanismo de lesão, causa externa, intenção de lesão, hora do acidente);*

c) *Dados clínicos (sinais vitais no local, traumas suspeitos, tratamentos efetuados);*

d) *Dados do transporte (variação dos sinais vitais, intercorrências).*



14. A documentação (em papel ou eletrónica) deve ser incluída no processo clínico da vítima de trauma e estar disponível para consulta.

15. Todos os pontos da RT devem ter um método de documentação com uma linguagem comum e reunir condições que permitam a recolha, armazenamento e tratamento de dados para o RNT (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

[...]

16. Em cada um dos níveis de atendimento, deve ser considerado:

a) Na resposta pré-hospitalar, a equipa no local da ocorrência, em articulação com o médico do CODU, deve:

i. Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma e decidir qual o ponto da RT que melhor se adequa ao tratamento;

ii. Referenciar e transportar de imediato ao ponto da RT decidido, com transporte direto para o SU mais adequado, fazendo bypass à rede de referência geral, desde que cumpridos os critérios constantes do algoritmo de avaliação e referência para centro de trauma (Fluxograma);

iii. Contactar o ponto de destino na RT através do contacto dedicado à VVT, nos termos do ponto 22 da presente Norma.

b) No SUB, a ET deve:

i. Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;

ii Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto da RT;

iii. Fazer o transporte imediato ao ponto de RT decidido (em articulação com o CODU, preferencialmente em meio de transporte do INEM), fazendo bypass à rede de referência geral, desde que cumpridos os critérios constantes do algoritmo de avaliação e referência para centro de trauma (Fluxograma);

c) No SUMC e no SUP, a ET deve:

i. Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;



ii. Realizar a avaliação secundária;

iii Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto da RT, nos termos do ponto 33 da presente Norma;

iv. Se necessário, efetuar o transporte ao ponto da RT mais adequado (em articulação com o CODU), depois da estabilização inicial e as medidas de controlo de dano;

d) No CT, a ET deve ter capacidade para, além de fazer a avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, prestar os cuidados com vista ao tratamento definitivo. (sublinhado e negrito nosso)

19. A avaliação inicial da vítima de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deve obedecer à sequência “ABCDE” (do inglês Airway, Breathing, Circulation, Neurological Disability, Exposure). Qualquer um dos níveis de atendimento definidos deverá completar a avaliação inicial nos primeiros 20 minutos após a chegada da equipa, conforme consta da tabela 3 (Circular Normativa 7/2010 da DGS) (Anexo II e III) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

20. Na resposta pré-hospitalar, deve proceder-se à ativação da equipa de SAV (VMER/SHEM) para o local do acidente sempre que a triagem inicial, realizada através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), seja indicativa de trauma major, conforme protocolo tipificado próprio, respeitando os critérios de ativação da ET (Anexo II).

21. No contato telefónico efetuado por interlocutores que não sejam profissionais de saúde, a gravidade deve ser presumida conforme protocolo tipificado próprio para o pré-hospitalar (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I). A impossibilidade de cumprir com o indicado deve ser justificado no CODU, caso a caso.

22. Os SU devem ter aviso prévio do transporte da vítima de trauma. Esse pré-aviso é da responsabilidade do CODU e deve ser feito para



o chefe da ET, recorrendo aos números de telefone dedicados (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

23. Nos SU, em sede da triagem de prioridades, para a ativação da ET recomenda-se a utilização dos critérios no Anexo II (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).

24. O Coordenador da ET deve reunir todas as condições logísticas e de recursos humanos assim que tenha conhecimento da referenciação da vítima de trauma, antecipando necessidades e iniciando a comunicação com a equipa.

*25. A **avaliação inicial deve ser assegurada nos primeiros 20 minutos**, após o contacto físico com a ET. Nesta avaliação diferentes monitorizações, intervenções e tarefas devem estar a decorrer ao mesmo tempo, tendo o coordenador da ET a responsabilidade de partilhar a informação e decidir prioridades de tratamento e investigação.*

26. Para toda a vítima de trauma, conforme a indicação clínica da situação específica, devem ser realizadas por rotina as atitudes adjuvantes da avaliação inicial (exames/procedimentos, a realizar na SE ou serviço de imagiologia), sempre que é ativada a ET (Anexo II e IV) (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).

27. A avaliação secundária deve ser realizada após a estabilização inicial do paciente (avaliação inicial). É essencial a obtenção de uma história dirigida às circunstâncias do trauma, utilizando-se a mnemónica AMPLE, perguntando sobre a presença de alergias (Allergies), uso de medicações (medications), antecedentes pessoais patológicos, cirurgias anteriores e imunização (past medical history), tempo desde a última refeição e tipo de alimentos ingeridos (Last meal), e eventos relacionados com o trauma como qual o mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido desde o acidente até a chegada do INEM (events preceding injury). O exame físico deve ser completo (head to toe), incluindo áreas facilmente



esquecidas como são exemplo o couro cabeludo, pescoço, dorso e períneo.

28. Em sede de SUMC, SUP e CT, a avaliação secundária deve ser assegurada em 60 minutos, nos termos da Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010 (Anexo V) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

29. É nesta fase da avaliação da vítima de trauma major que se deve decidir sobre a realização de novos/outros meios complementares de diagnóstico a discutir caso a caso, bem como sobre cirurgia em segundo tempo, sobre o nível de observação / vigilância necessários, sobre o Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, Intermédios ou Enfermaria. Por vezes pode ser necessária uma avaliação da necessidade de transferência da vítima de trauma para um nível superior da rede de urgências.

30. A decisão de referenciação para um CT deve assentar nos seguintes princípios:

a) Na referenciação primária pré-hospitalar:

i. A decisão de referenciação primária para SUP/CT (fazendo bypass ao SUMC mais próximo) depende da conjugação dos fatores de gravidade (triagem da vítima de trauma) e tempo (distância entre locais de atendimento).

ii Outros fatores a ter em conta são o estado de sobrecarga dos hospitais recebedores e os meios de transporte disponíveis, conforme consta do Fluxograma. Referenciação direta do local do acidente para o CT sempre que esteja a menos de 30 min de distância do local do acidente e coexista um trauma major definido por:

(i) instabilidade de sinais vitais, ou;

(ii) indícios de uma lesão anatómica de gravidade como nos seguintes casos: trauma penetrante, retalho costal móvel, duas ou mais fraturas de ossos longos proximais, amputação proximal de membros, fraturas



de bacia instáveis, fraturas de crânio com afundamento ou abertas, traumatismo vertebro-medular com défice neurológico.

(iii) Quando a vítima de trauma major estiver a mais de 30 minutos do CT, apesar de gravidade confirmada ou suspeita, esta deve ser estabilizada pela equipa de VMER e/ou SUMC ou SUP, de modo a conseguir condições seguras de transporte para o CT, se depois de avaliação e estabilização ainda se justificar.

b) A referenciação secundária para o CT a partir de um SUMC ou SUP deve ser efetuada sempre que haja uma das seguintes situações (tendo em atenção a triagem efetuada pelos profissionais de saúde qualificados e a realidade local de valências disponíveis):

i. Trauma major com necessidade temporária de tratamento em SUMC ou SUP para estabilização mas que necessite de consultoria de especialidades, realização de MCDT ou terapêuticas disponíveis apenas no CT;

ii. Trauma em que, durante qualquer momento da avaliação inicial e transporte, se verificou ser trauma major por agravamento do estado clínico ou por inadequada triagem prévia;

31. A vítima de trauma que em qualquer nível de atendimento implica a ativação da ET é por definição trauma major entrando na VVT, correspondendo ao doente que previsivelmente necessitará (logo que possível) de apoio nível cuidados intensivos/ ISS maior 15 (igual ou superior a 16) (Anexo VI).

32. O transporte secundário para nível assistencial superior é coordenado em sintonia e em colaboração com o CODU. Conforme determinação do CODU, o transporte secundário pode ser assegurado pelos meios do INEM, sem prejuízo das responsabilidades das instituições enquadradas na Rede Hospitalar nesta matéria.

33. A instituição que transfere a vítima de trauma deve organizar o transporte secundário, assegurando o respeito pela norma instituída



no Guia do Transporte do Doente Crítico da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, nomeadamente:

- a) As condições de segurança durante todo o transporte;*
 - b) O nível adequado de cuidados clínicos no transporte;*
 - c) A garantia dos meios necessários e o cumprimento dos tempos máximos recomendados.*
- 34. Deve estar assegurada a articulação com a imagiologia e valências médico-cirúrgicas, de modo a evitar repetições de exames e transportes, de todos os MCDT constantes do ponto anterior (valorizando-se a interoperabilidade entre sistemas informáticos e a telemedicina). Deve ser promovido o crescente desenvolvimento da telemedicina e consultoria à distância por este meio.*
- 35. A reavaliação da vítima, de forma periódica e sempre que há alguma modificação no seu estado clínico, deve ser feita utilizando a mesma metodologia ABCDE. No final desta abordagem o Coordenador da ET deve ser capaz de definir prioridades de diagnóstico e tratamento destas vítimas de trauma.*
- 36. Preferencialmente, a vítima de trauma deve ser internada em enfermaria hospitalar / unidade dedicada ao trauma.*
- 37. As vítimas e/ou o representante legal devem ser informados sobre a situação clínica e esclarecidos sobre as suas dúvidas, incluindo os benefícios e efeitos secundários da abordagem diagnóstica e terapêutica.*
- 38. Deve constar do **processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma**. [...]"*
(sublinhado e negrito nosso)

III.2.2.1 Da Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010, da Direção Geral da Saúde

24. Por sua vez, a Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010, da DGS, vem referir que o trauma é *“uma importante causa de mortalidade [...] e que [...] tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sépsis [todos com vias verdes já instituídas] também para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas.”*

25. A norma instituída destina-se assim a *“[...] todas as Unidades de Saúde com Serviço de Urgência [...]”* determinando para o efeito que:

[...]

No SUB (Serviço de Urgência Básico), existe, em cada momento, um coordenador da equipa de trauma nomeado para o efeito;

Num SUMC (Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica), existe, em cada momento, um coordenador da equipa de trauma, nomeado para o efeito, e que a integra;

Num SUP (Serviço de Urgência Polivalente), existe, a cada momento, um coordenador da equipa de trauma nomeado para o efeito e a respectiva equipa de trauma, necessária para a abordagem do doente traumatizado.

26. Sendo que a norma estipula os critérios de abordagem clínica a serem implementados em momentos temporais distintos, a saber:

[...]

realização de avaliação primária e estabilização inicial (em menos 20 minutos);

realização de avaliação secundária (em mais 1 hora)”.

27. E que, entre os procedimentos a observar aquando da realização da avaliação secundária constam:



[...]

Formulação de um plano de actuação, para tratamento definitivo e identificação do destino final do doente;

Nível de internamento: unidade intensiva, unidade intermédia ou enfermaria;

Transferência externa;

28. Refira-se, também que os critérios de ativação da Via Verde Trauma, no que respeita aos Sinais Vitais e Nível de Consciência são os seguintes:

Frequência Respiratória menos 10 ou maior 29 ciclos / minuto

SaO2 menor 90% com O2 suplementar

Pressão Arterial Sistólica menor 90 mmHg

Escala de Coma de Glasgow menor 14 ou queda maior 2 pontos desde acidente, [...]"

III.3. Do direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança

29. 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.

30. 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.

31. 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.



32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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*.
36. 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.
37. 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*”;
38. 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.



39. 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;*”
40. 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;
41. O que significa que a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica e que sejam os reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.
42. 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.
43. 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.
44. 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*”.
45. 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.4. Da análise da situação concreta

46. A abertura dos presentes autos decorreu da necessidade de aferir se foram prestados cuidados de saúde de qualidade, com tempestividade e em segurança ao utente PR.
47. 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 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”.
48. No que respeita ao caso em concreto, constatou-se que o utente PR, deu entrada no SU, pelas 18h49, do dia 28 de fevereiro de 2023.
49. O utente foi triado com pulseira amarela – urgente por “*Queixa: vem por despiste, condutor de veículo de duas rodas, pouco colaborante, aparentemente etilizado, vem por dor na grelha costa esquerda*”; foi atribuído *Fluxograma: dor torácica* e *Discriminador: dor moderada*.
50. Sendo que, de acordo com a informação prestada pela ULS Algarve, o utente foi visto pela especialidade de cirurgia pelas 18h51, não obstante, não existir qualquer registo clínico da referida observação, impossibilitando a determinação de um eventual diagnóstico resultante da mesma;
51. Omissão que de resto é reconhecida pelo próprio prestador “[...] *incumprimento do Tempo Alvo e a absoluta carência de registos [...]*”.



52. Sendo que, a 1ª observação médica é apenas registada pela Dr.ª MC, médica da especialidade de clínica geral, pelas 21h22m, cerca de 3 horas após a entrada do utente no SU;
53. Pelo que apenas neste momento, foram solicitados os seguintes MCDT: TAC-CE, RX grelha costa e RX ombro e clavícula.
54. Não obstante, de acordo com os registos disponibilizados, o utente não realizou nenhum dos MCDT prescritos, tendo os mesmos sido cancelados, porquanto pelas 22h29, a Dr. MC faz novo registo clínico, “*utente com agravamento do estado geral*”. *Faço GSA. Peço observação por médico de SE* [...], sendo o utente transferido para cirurgia pelas 22h34, onde foi sujeito a laparotomia por “*lesão do baço*”, acabando por falecer no dia 1 de março de 2023.
55. Ora, quanto aos procedimentos assistenciais empregues no momento da triagem refere, a ULS Algarve que não foi realizado ECG, nem ativada a Via Verde AVC, apesar de o utente ter sido triado por dor torácica, porquanto “[...] *A Norma n.º 002/2018 refer[ir] a realização de ECG em dor torácica não traumática. No presente caso, o quadro estava inserido num contexto de trauma, tendo sido priorizada a exclusão de lesões traumáticas graves, com solicitação imediata de meios complementares adequados à situação clínica (TAC-CE, RX e análises). Não houve omissão de cuidados: o ECG não era prioritário face à necessidade de avaliação de lesões traumáticas potencialmente fatais. [...]*”
56. Já no que respeita à não ativação da VV Trauma, refere a ULS Algarve “[...] *não existe via verde Trauma implementada. [...]*”, acrescentando que “[...] *A ativação desta via pressupõe a existência de recursos específicos, coordenação interdepartamental, formação das equipas e integração no respetivo circuito nacional, medidas estas que carecem de aprovação e operacionalização local pelo Conselho de Administração. [...]* Assim, não se pode considerar aplicável a exigência de ativação da Via Verde Trauma neste caso concreto, não configurando, por conseguinte, qualquer incumprimento de protocolo vigente na instituição à data dos factos. [...]”.



57. Ora, reconduzindo todo o exposto ao quadro legal supra enunciado, constata-se que a conduta do ULS Algarve, relativamente à situação concreta ora analisada, não se revelou suficiente à cautela dos direitos e interesses legítimos do utente;
58. Resultando inequívoca não só a clara ultrapassagem do tempo alvo de atendimento, como o protelamento da prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessitava e cuja urgência havia já sido indiciada no momento da realização da triagem.
59. Daqui decorrendo que a não ativação da VV Trauma e o tempo de espera de cerca de 3 horas até à primeira observação médica, é incompatível com a gravidade clínica, e os tempos alvo previstos para a prioridade atribuída (urgente/amarelo) de 60 minutos.
60. Ademais, refira-se que o utente não se encontrava monitorizado por qualquer profissional, nem tampouco foi sujeito a retriagem, o que de resto era a atuação obrigatória após ultrapassado o tempo alvo para observação clínica (60 minutos);
61. Pelo exposto, constata-se que a conduta do ULS Algarve, não acautelou o devido acompanhamento do utente, de modo a que a prestação de cuidados de saúde fosse realizada de forma integrada e tempestiva.
62. E por isso, dúvidas não subsistem que existiu uma falha no atendimento da utente PR, que produziu um grave impacto na qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados.
63. Ora, o direito à qualidade dos cuidados, implica o cumprimento de procedimentos e de boas práticas de qualidade e de segurança, os quais são uma garantia de acesso aos cuidados qualitativamente necessários e adequados;
64. Sendo esta vertente uma preocupação amplamente reconhecida e incorporada nas mais diversas orientações emitidas pelas entidades competentes;



65. Sendo 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.
66. Pelo que importa garantir que o prestador consciencialize os seus colaboradores da absoluta necessidade de cumprimento dos procedimentos que dispõem, quer no que respeita a prestação de cuidados em tempo útil, quer em matéria de ativação das Vias Verdes, de forma a evitar situações semelhantes às reportadas na reclamação que deu origem aos presentes autos.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

67. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (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 do Algarve, E.P.E., bem como a reclamante HS.
68. Decorrido o prazo concedido para a referida pronuncia, a ERS não rececionou, até ao momento, qualquer comunicação quer do prestador quer da reclamante, pelo que não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, devendo o seu conteúdo ser mantido na íntegra.

V. DECISÃO

69. 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 do Algarve, E.P.E. no sentido de dever:

- a) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde, particularmente, 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 4.º 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) Assegurar a existência de procedimentos que garantam, que sempre que estejam preenchidos os critérios de ativação da Via Verde de Trauma, a mesma seja efetiva e corretamente acionada, em cumprimento do disposto na Norma n.º 012/2022, de 18 de novembro de 2022, da Direção Geral da Saúde e Circular Normativa da DGS n.º 07/DQS/DQCO, de 31 de março de 2010, a qual versa sobre a Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, estando dirigida a todas as unidades do SNS;
- d) Assegurar a existência de procedimentos que garantam que os registos clínicos dos utentes sejam fiáveis e reproduzam a real situação clínica, bem como os cuidados efetivamente prestados;
- e) Assegurar, em permanência através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos adotados para cumprimento das alíneas anteriores sejam



corretamente seguidos e respeitados por todos os trabalhadores e/ou prestadores de serviços.

- f) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

70. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos 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*”.

71. A presente deliberação deverá ser remetida para as Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros.

72. A presente deliberação deverá ser remetida para o Ministério Público para os efeitos tidos por convenientes.

73. 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, 15 de janeiro de 2026.



© 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).



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

