

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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/078/2022;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 29 de novembro de 2021, das reclamações subscritas por PV e PS, visando a atuação do Centro Hospitalar Universitário de S. João, E.P.E. (CHUSJ), entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 20296.
2. Nas referidas reclamações, às quais foram atribuídos os números REC/90695/2021 e REC/90696/2021, respetivamente, os exponentes alegam não terem sido informados pelo CHUSJ das transferências inter-hospitalares respeitantes às utentes MS e MC.

3. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 29 de setembro de 2022, à abertura do presente processo de inquérito.
4. Posteriormente à abertura dos presentes autos, a ERS tomou ainda conhecimento das reclamações subscritas por CS, BC e DF, às quais foram atribuídos os ns.º REC/92613/2021, REC/98075/2021 e REC/38723/2022, respetivamente, todas elas visando o CHUSJ e relativas a constrangimentos na realização de transferência hospitalar e direito ao acompanhamento, pelo que, atendendo à identidade material dos factos em análise, foram as mesmas apensadas ao presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do CHUSJ, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, inscrito no SRER da ERS sob o n.º 20296;
 - (ii) Notificação da abertura do processo de inquérito aos reclamantes PV, PS e CS, concretizada através de mensagens de correio eletrónico e ofícios datados de 3 de outubro de 2022;
 - (iii) Notificação da abertura de processo de inquérito ao CHUSJ (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizada através de ofício datado de 3 de outubro de 2022, com prorrogação do prazo para resposta e receção da mesma no dia 9 de dezembro de 2022;
 - (iv) Apensação aos autos de 2 (duas) reclamações apresentadas por BC e DF, relativamente ao CHUSJ, devido a alegados constrangimentos na realização de transferência hospitalar e direito ao acompanhamento (REC/98075/2021 e REC/38723/2022);
 - (v) Notificação da apensação das reclamações ao processo de inquérito aos reclamantes BC e DF, concretizada através de mensagem de correio eletrónico e ofício datado de 31 de janeiro de 2023;

- (vi) Pedido de elementos adicional ao CHUSJ, ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, concretizado através de ofício datado de 31 de janeiro de 2023, e receção da resposta no dia 26 de fevereiro de 2023;
- (vii) Insistência ao CHUSJ para resposta integral ao solicitado pela ERS, através de comunicações eletrónicas de 6 e 8 de março de 2023 e receção da respetiva resposta, no dia 17 de março de 2023;
- (viii) Pedido de elementos adicional ao CHUSJ, ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, concretizado através de ofício datado de 6 de abril de 2023, e receção da resposta no dia 31 de maio de 2023;
- (ix) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (CHVNGE), constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, inscrito no SRER da ERS sob o n.º 19965;
- (x) Notificação de apensação ao processo de inquérito ao CHVNGE (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizada através de ofício datado de 6 de abril de 2023 e receção da resposta no dia 4 de maio de 2023.

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação n.º REC/90695/2021

6. No dia 12 de outubro de 2021, o reclamante PV apresentou uma reclamação eletrónica no “portal colaborativo” do CHUSJ, com o seguinte teor:

“Sendo acompanhante inscrito de MS, 16/7/1942, que deu entrada no S.U. a 11[10]/2021 às 19:30 mais ou menos, recebi às 2 da manh[ã] informações sobre a minha mãe, no entanto às 12:15 mandaram-na para o hospital Santa Maria maior em Barcelos sem me terem avisado que[r] via SMS que[r] [v]ia APP da qual sou utilizador. A minha mãe tem 79 foi internada com valores de sódio no sangue de 126, esta[n]do por esse facto muito confusa. Não deviam ter mandando embora sem ter consultado e avisado o acompanhante da hora da transferência. A[] esta hora 14:08 a minha mãe ainda [n]ão está em Barcelos e não sei onde anda pois ninguém desse hospital [m]e dá informações [...]”.

7. Chamado a pronunciar-se, inicialmente, sobre o teor da supratranscrita reclamação, o CHUSJ declarou o seguinte:

“[...] após auscultar os responsáveis, lamentamos a falha de comunicação da nossa parte pois em caso de transferência hospitalar o procedimento que está definido é a equipa clínica entrar em contacto telefónico com o acompanhante de modo a transmitir as informações clínicas e a informação de que a doente vai ser transferida para o hospital da sua área de residência. [...]”.

II.2. Da reclamação n.º REC/90696/2021

8. Também no dia 12 de outubro de 2021, o reclamante PS apresentou uma reclamação eletrónica no “portal colaborativo” do CHUSJ, com o seguinte teor:

“Falta de informação por parte do Hospital de São João aos familiares da doente idosa internada MC [...] fizemos tentativas por contato telefónico e presencial na linha Azul, onde informam que a doente teve Alta e não se encontra no Hospital informando só que teria sido transferida para Riba de Ave. Após contato telefónico de nossa parte para o Hospital de Riba de Ave fomos informados que a doente deu entrada na Urgência do Hospital de Famalicão ontem e até agora 12.30h dia 12-Out.-2021 não temos qualquer contacto por parte dos Hospitais intervenientes.”.

9. Chamado a pronunciar-se, inicialmente, sobre o teor da supratranscrita reclamação, o CHUSJ declarou o seguinte:

“[...] após audição dos responsáveis, verificamos que a doente, D. MC deu entrada no dia 12/10/2021 cerca das 22h tendo a filha sido contactada, pela nossa equipa, no dia 13/10 pelas 13h no sentido de dar informações clínicas [...]”.

II.3. Da reclamação n.º REC/92613/2021

10. No dia 30 de novembro de 2021, a reclamante CS apresentou uma reclamação no livro de reclamações do CHUSJ, com o seguinte teor:

“Venho por este meio tentar perceber quais as razões pela qual o meu pai esteve no dia 30/11 desde as 16 horas à espera de uma ambulância que o transportasse para um hospital que estivesse “livre” para o receber para internamento até às 23 horas. [...]”

Para além disso, reforço que deu entrada no hospital no dia 29 ao meio-dia, estando até ao dia 30 sem respostas para a família [...]”.

11. Chamado a pronunciar-se, inicialmente, sobre o teor da supratranscrita reclamação, o CHUSJ declarou o seguinte:

“[...] concordamos plenamente com a sua exposição devido ao elevado número de solicitações e ao reduzido número de ambulâncias disponibilizadas pelos prestadores privados, nem sempre é possível realizar o transporte com a celeridade que desejamos.

Por este facto lamentamos o tempo que o utente, Sr. [JS] teve de permanecer no Serviço de Urgência à espera de transporte [...]”.

II.4. Notificação da abertura do processo de inquérito ao CHUSJ e pedido de elementos

12. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, a ERS solicitou ao CHUSJ, em 3 de outubro de 2022, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

- 1. Pronunciem-se detalhadamente sobre as situações descritas nas referidas reclamações e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
- 2. Descrevam todas as etapas percorridas pelo(os) utente(s) no CHUSJ, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
- 3. Esclareçam que razões determinaram a transferência do(os) utente(s) acima identificado(os), bem como as diligências encetadas junto dos hospitais de destino com vista à concretização das aludidas transferências, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
- 4. Identifiquem as diligências encetadas por V. Exas. no sentido de informar os respetivos acompanhantes do(os) utente(s) sobre os aludidos processos de transferência hospitalar, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

5. Remetam cópia dos procedimentos/protocolos em vigor no CHUSJ em matéria de transferências hospitalares;

6. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto [...]”.

13. Após prorrogação do prazo para resposta ao solicitado, o CHUSJ remeteu, em 9 de dezembro de 2022, os seguintes esclarecimentos:

“[...] A análise desta exposição foi efetuada com base nos registos clínicos (ALERT), do referido episódio de urgência, e por solicitação de esclarecimento aos profissionais envolvidos.

A. Exponente: [PV] (REC/90695/2021)

Doente: [MS] (inscrita no CS Esposende)

Episódio SU: [...]

Admissão: 11.out.2021, às 20:15

Médico Alta: Dr^a [CS]

05:20 de 12.out.2021 – Registo, em sistema ALERT, que a doente seria transferida para o Hospital de Barcelos, que o filho foi contactado para transmitir esta informação e que foi solicitado transporte (Dr^a [CS]).

06:30 – Registo, no impresso de requisição de transporte, de entrega dessa requisição no Posto Administrativo do SU

11:40 – Registo, no impresso de requisição de transporte, de saída da utente

11:43 – Registo, em sistema ALERT, de saída para o Hospital de Barcelos (Ef. [AS])

12:03 – Alta Administrativa (AT [JV])

6:45 terá sido aproximadamente o tempo entre a última informação ao exponente e a saída da utente para o Hospital de

Não nos podemos pronunciar pelo sucedido entre a saída das nossas instalações e a chegada ao Hospital de Barcelos. No que reporta ao tempo que aguardou pelo transporte, aproximadamente 5:30, é sem dúvida excessivo, e lamentamos que tenha sucedido. Existe a recomendação de que no caso de períodos tão longos para a efetivação da transferência haja novo contacto com os familiares, pelo

menos antes da saída das nossas instalações, mas não conseguimos apurar se aconteceu.

B. Exponente: [PS] (REC/90696/2021)

Doente: [MC]

Episódio SU: [...]

Admissão: 12.out.2021, às 21:21

Médico Alta: Dr^a [IA]

14:09 de 13.out.2021 – Registo, em sistema ALERT, que a doente seria transferida para a UCC Riba D’Ave (onde estava institucionalizada), que a filha foi contactada para transmitir esta informação, e que foi solicitado transporte (Dr^a [IA])

15:34 – Registo, em sistema ALERT, que aguarda transporte (Ef [AP])

14:15 – Registo, no impresso de requisição de transporte, de entrega dessa requisição no Posto Administrativo do SU

15:47 – Registo, no impresso de requisição de transporte, de saída da utente

16:28 – Alta Administrativa (AT [JA])

2:20 terá sido aproximadamente o tempo entre a última informação ao exponente e a saída da utente para a UCC (eventualmente acima disso dado que o registo será posterior ao contacto).

Não sendo o ideal também não nos parece excessivo este lapso de tempo. E de facto houve informação relativa à transferência da utente para a UCC.

De referir que às 23:00 de 12.out.2021, aproximadamente 1:30 após admissão da doente na nossa instituição, há registo de tentativa de contacto com a UCC, inicialmente sem sucesso, mas posteriormente conseguido, ainda antes das 24:00. Sendo uma doente institucionalizada esse contacto é aquele que é privilegiado pelos clínicos, no sentido de esclarecer o evento agudo. Neste caso também importante para combinar o regresso da utente à instituição. Desconhecemos se a instituição providenciou alguma informação aos familiares depois deste nosso contacto, mas certamente que depois desta interação os clínicos ficaram tranquilos no que a esse aspeto diz respeito, dado que havia sido

dada informação a quem, à data, albergava a doente. O contacto com a família poderia, contudo, ter sido também efetuado, se a instituição nos solicitasse.

Por último parece-me que a exposição de falta de contacto inicial não se refere ao SU, mas sim à alta do internamento que aconteceu a 11/10/2021.

C. Exponente: [CS] (REC/92613/2021)

Doente: [JS] (inscrito na USF São Tomé – CS Negrelos – St-Tirso/Trofa)

Episódio SU: [...]

Admissão: 29.nov.2021, às 12:40

Médico Alta: Dr^a [IG]

14:07 – Registo, em sistema ALERT, de tentativa de contacto com a esposa, sem sucesso

09:05 de 30.nov.2021 – Registo, em sistema ALERT, que foram dadas informações à esposa

14:53 – Registo, em sistema ALERT, que a doente seria transferida para o Centro Hospitalar Médio Ave (CHMA), que a familiar foi informada e que foi solicitado transporte (Dr^a [IG]).

15:00 – Registo, no impresso de requisição de transporte, de entrega dessa requisição no Posto Administrativo do SU

15:29 – Registo, em sistema ALERT, que aguarda visita de familiar (Ef [RP])

17:28 - Registo, em sistema ALERT, que esposa está presente (Ef [RP])

21:11 - Registo, em sistema ALERT, que aguarda ainda transporte (Ef [RP])

22:30 – Registo, no impresso de requisição de transporte, de saída da utente

23:31 – Alta Administrativa (AT [JA])

7:30 terá sido aproximadamente o tempo entre a informação, à esposa, de que o doente seria transferido e a efetivação da saída do utente para o CHMA.

Também neste caso o tempo que aguardou pelo transporte foi excessivo, e do mesmo modo não conseguimos apurar se houve novo contacto com os familiares depois das 17:30, momento em que a esposa esteve presente no SU.

1. Os episódios de SU que conduziram às exposições em análise estão descritas acima, com referência à linha temporal respeitante às transferências e transportes. Em duas delas (A e C) é de facto excessivo o lapso de tempo que medeia entre a solicitação do transporte e a sua efetivação. Importa referir que o CHUSJ não dispõe de ambulâncias próprias para a realização destes transportes, sendo esses serviços contratualizados com empresas privadas, externas. Este processo tem tido, ao longo do tempo, enormes constrangimentos, por incumprimento do contratualizado, em termos de tempo de resposta, pelas empresas transportadoras. Atualmente, decorrente dessa dificuldade de resposta da empresa contratualizada (“Força de Viver”), tem sido necessário recorrer a várias outras empresas, registando-se alguma melhoria da situação.

No que reporta à informação aos familiares conseguiu apurar-se não ter havido falha na informação de transferência dos utentes, embora merecesse ter havido novo contacto nas situações de mais demora (A e C). Sendo esta uma recomendação aos profissionais não estava, contudo, redigida em norma, situação que está em resolução.

2. Descrição acima e documentação em anexo.

3. A e C transferidos para o Hospital de referência dos Centros de Saúde onde estavam inscritos. B transferida para a instituição onde residia. As transferências foram precedidas de contacto telefónico com os hospitais de destino e com a UCC. Os doentes foram acompanhados de relatório do episódio de SU.

4. Familiares foram informados telefonicamente conforme registo, em sistema ALERT, dos médicos que procederam à alta clínica dos utentes. Em anexo relatórios ALERT de todos os episódios.

5. Sem documentação específica. Rede de referência hospitalar da ARS Norte em anexo.

6. Esclarecimentos na alínea 1.”.

14. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o CHUSJ remeteu os seguintes documentos:

- i. Rede de Referência Hospitalar da Região Norte;
- ii. Requisição de Transporte – Urgência relativo ao utente JS;

- iii. Relatório do episódio de urgência da utente MC, de 12 de outubro de 2021, de onde consta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

Triagem

Queixa: Transf por Insf.Respiratoria: dispneia desde ontem
 COVID negativo.
 T: 38°C;
 Prioridade: **Amarelo - Urgente**
 FLUXOGRAMA: 15 - Dispneia
 DISCRIMINADOR: SaO2 baixa
 Acompanhado de carta: Sim
 Contacto telefónico de urgência: [REDACTED]
 Sinais vitais
 SpO2 com ar atmosférico: 94 %
 Temperatura timpânica: 38 °C
 Frequência cardíaca: 90 bat/min
 Glasgow total: 14
 Glasgow resposta ocular: 4 - Olhos abertos espontaneamente
 Glasgow resposta motora: 6 - Cumpre ordens
 Glasgow resposta verbal: 4 - Discurso confuso
 Ritmo de pulso: Rítmico

Enr [REDACTED] 21:31h 12-Out-2021

História da doença actual

Mulher de 84 anos, dependente.

Doente com alta no dia 11/10 do internamento de Cirurgia Geral CHUSJ. Foi internada inicialmente na Medicina Interna para estudo de lesão miocárdica + HVE; em D2 de internamento défices neurológicos de novo → AVC isquémico + EEG com actividade epileptiforme. A 4/08 realizou TC-AP por febre sem foco que mostrou colecistite enfisematosa e foi operada, esteve 4 dias no SMI-1 e foi posteriormente transferida para Cirurgia Geral; realizou ainda CPRE e esfinterotomia + colocação de prótese. Sem conclusão quanto a HVE porque estudo não foi completado atendendo a deterioração grave do estado geral da doente nesse internamento. Teve alta no dia 11/10 sendo que esteve até agora a aguardar RNCCI.

NOTA: NA ALTA ESCRITO POR ENFERMAGEM QUE A DOENTE TEM CN A 2L/MIN QUE FOI TENTADO O DESMAME E NAO POSSIVEL.

Entretanto hoje quando chegou à RNCCI foi "recusada" por ter insuficiência respiratória e enviada ao SU CHTS de onde reaiço os seguintes achados:
 - GSA (O2 a 2L/min): pO2 89, pCO2 47, pH 7.53, HCO3-39.3, SatO2 98%, Glicemia 231, Na+136, K+ 4.4, Lactatos 3.3

- Hemodinamicamente bem - TA 150/50 FC 81 SpO2 92% (aa). Apirética. Objectivada piúria.
 - Análises: pCr 1.29 mg/dL, ureia 95 mg/dL (em melhoria de pCr 1.49 mg/dL com fluidoterapia que fez no SU-CHTS), Troponina I hs sem curva sugestiva de SCA. NT-proBNP 2932 pg/mL.
 - "Uternte não foi admitida nos CC por estar com sinais de insuf respiratoria. Tendo solicitado transporte do doente, para devolver a origem, deu entrada neste SU."
 - "Recebi informações da ARS, via Serviço Social, de que a doente se mantém sob responsabilidade do Ho S, João por não ter sido aceite com base em critérios clínicos na UCC."
 - Iniciou ATB com ceftriaxone e colheu UC

Alta com a seguinte medicação: Ácido valpróico 500 mg bid, Levetiracetam 500 mg bid, Clonazepam 0.5 mg id, Domperidona 10 cc tid, Pantoprazol 20 mg id, Furosemida 40 mg bid, Amlodipina 5 mg id, Clopidogrel 75 mg id, Metformina+Vildagliptina 1000+50 mg id, Gliazida 60 1+1/2, Zolpidem 10 mg id, Quetiapina 25 mg id Atorvastatina 40 mg id, Insulina NPH 12+6.

Dr [REDACTED] (Medicina Interna) / 22:25h 12-Out-2021

Na minha avaliação:
 Doente consciente, colaborante, orientada na pessoa, sabe dizer onde mora, não sabe dizer onde está e está desorientada no tempo.
 Mucosas coradas e hidratadas. Anictérica, acianótica.
 Na maca a 0°, sem SDR com SpO2 de 90-93%. Apirética. PA: 105/70 mmHg, FC 89 bpm.
 AC rítmica, com sopro sistólico grau II parafocal. AP com MV mantido bilateralmente, simétrico, sem RAs. Sem edema periférico. Abdómen aparentemente desconfortável mas sem defesa.

GSA (aa): pH 7.49, pO2 58.9, pCO2 45.2, HCO3- 34, satO2 90.4%, rácio P/F 280, Na+ 135, K+ 3.52, Lactatos 1.00.

Revi Rx de tórax CHTS e não tem imagens de consolidação nem derrame.
 Parece-me uma IR crónica (HCO3- >30) numa doente com IC com FEp de etiologia não investigada com HVE grave + possível doença pulmonar nao investigada. Sem indicação para oxigenoterapia. Objectivo é SpO2 88-92%. ITU sem evidencia de complicações, a cumprir ATB durante 7 dias. No que diz respeito a med. habitual considero que poderá reduzir lasix para 1 cp/dia, a reavaliar posteriormente pelo medico assistente.

Tento contactar UCC Riba d'Ave.
 Dr [REDACTED] (Medicina Interna) / 23:00h 12-Out-2021

Da UCC dizem que não conseguem resolver a situação e que tem de se ligar durante o dia, portanto, amanhã de manhã.
 O contacto é [REDACTED]
 Prescrevi toma de cefixima (começou ontem ATB no SU CHTS).
 Dr [REDACTED] (Medicina Interna) / 23:59h 12-Out-2021

Teve queda acidental do cadeirão com trauma da face/região periorbitária direita. Sem dor noutros locais. TA 133/55 mmHg, FC 88 bpm, spO2 93-99% (quando peço para respirar profundamente para AP chega a 99%), Taur 35.8°C. Sem défices neurológicos. AC: rítmica ss ja descrito previamente. AP: sem alt significativas. Sem edema periférico.

Não e hipocoagulada segundo os registos previos.

Pedi TC CE.
 [REDACTED] (Medicina Interna) / 09:07h 13-Out-2021

TC cE sem lesões agudas.
 Manteve-se bem, fez os anticomiciais prescrito e mudei atb tendo em atenção atb no internamento previo. Falei com a EGA e Dra [REDACTED] da UCC Riba d'Ave e peço transporte para lá.
 Informei a filha.
 [REDACTED] (Medicina Interna) / 14:09h 13-Out-2021

- iv. Requisição de Transporte – Urgência relativo à utente MS;
- v. Relatório do episódio de urgência da utente MS, de 11 de outubro de 2021, de onde consta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

Triagem

Queixa: Desorientação com 1 semana de evolução que tem vindo a agravar
 hiponatremia de 126mmol/l
 Prioridade: **Laranja - Muito urgente**
 FLUXOGRAMA: 35 - Indisposição no adulto
 DISCRIMINADOR: Alteração do estado de consciência de novo
 Acompanhado de carta: Sim
 Contacto telefónico de urgência: [REDACTED]
 Sinais vitais
 Temperatura timpânica: 36 °C
 Frequência cardíaca: 95 bat/min
 Glasgow total: 14
 Glasgow resposta ocular: 4 - Olhos abertos espontaneamente
 Glasgow resposta motora: 6 - Cumpre ordens
 Glasgow resposta verbal: 4 - Discurso confuso
 Glicemia capilar: 99 mg/dL
 Ritmo de pulso: Rítmico

[REDACTED] (Enfermagem) / 20:32h 11-Out-2021

História da doença actual

79 anos, sexo feminino. Parcialmente dependente nas AVDs (come sozinha, passa o dia na cama por dor). Está a viver com o filho em Esposende desde o último internamento.

AP:

Dislipidemia
 # HTA
 # Paraparesia hiporreflexica
 # Fratura vertebral L4 traumática
 - internamento recente no serviço de neurologia CHSJ - teve alta a 25/09 - encontra-se a aguardar cirurgia

MH:

- Sinvastatina + Ezetimiba, 10 mg + 10 mg
 - Tramadol 50mg até 8/8h - tem feito 3x/dia
 - Domperidona 3x/dia
 - Losartan 50 mg (não realiza desde o último internamento por perfil tensional baixo)

HDA:

Doente trazida ao SU por quadro de confusão mental e astenia com 1 semana de evolução, com deteção de hiponatremia em estudos analíticos seriados.

No internamento recente foi abordado o problema de hiponatremia - 125 mEq/L á admissão - após fluidoterapia. Na+ a data de alta (25/09) 132 mEq/L. Foi reavaliada no médico assistente, tendo-se obtido o valor de Na+ 129 mEq/L 8 dias após a alta e de 126 mEq/L no estudo analítico realizado a 09/10. Ainda, quadro de obstipação - última dejeção a 05/10 (padrão habitual de dejeções de 2/2 ou 3/3 dias). Micções mantidas. Sem história de síncope.

EO:

Doente deitada na cama. Consciente e colaborante, orientada no espaço e na pessoa (acerta o nome completo e idade inicialmente, mas depois erra na idade). Desorientada no tempo. Discurso por vezes confuso, inicialmente refere que vem para ser operada. Depois de explicada a situação, já compreende.
Mucosas coradas, hidratadas, acianóticas e anictéricas.
TA 104/57 mmHg | FC 88 bpm
Eupneica em ar ambiente, com Sat.O2 95%. Sem SDR.
AC: S1 e S2 rítmicos, sem sopros audíveis.
AP: MV presente e simétrico, sem RAs.
Abdómen mole e depressível, indolor á palpação.
Sem edemas periféricos.

» GSA (aa): pH 7.435, pCO2 31.4, pO2 84.2, HCO3- 20.6, Hb 10.3, Sat.O2 97%, Hiponatremia 120.1, K+ 4.48, Ca2+ 1.17, Cl- 96, Gluc 107, Lac 0.63

PLANO:

- Estudo analítico com função tiroideia + Na+ urinário + osmolaridade serica e urinaria
- Fluidoterapia + 1 ampola NaCl a 20%

(Medicina Geral e Familiar) / 22:59h 11-Out-2021

Estudo analítico:

Hb 10.8; sem leucocitose; trombocitose 556
Função renal bem Cr 0.68, Ur 34
Hiponatremia 122 mEq/L; hipocloremia 91; K+ 4.4
PCR aumentada 132.0 mg/L

Estudo da etiologia da hiponatremia:

- Função tiroideia sem alterações
- Osmolaridade sanguínea baixa 271 mOsmol/Kg
- Na+ urinário dentro do normal
- Razão Na+/Cr na urina dentro do normal
- Aguarda resultado de osmolaridade urinária

(Medicina Geral e Familiar) / 01:33h 12-Out-2021

Já teve uma dejeção no SU.

Fez antibioterapia recentemente - toma única de fosfomicina a 04/10 por suspeita de ITU - queixas de ardor miccional e urina com cheiro fétido, sem febre.
Doente refere resolução das queixas urinarias.

(Medicina Geral e Familiar) / 01:36h 12-Out-2021

Osmolaridade urinaria dentro dos parametros normais.

Peço sedimento urinário, UC e HCs.
Peço PCR Sars-Cov-2.

» GSA de reavaliação: Na+ 125.4 mEq/L

Prescrição de nova fluidoterapia - NaCl 1000L + 1 ampola de NaCl a 20%.

(Medicina Geral e Familiar) / 03:03h 12-Out-2021

Portanto:

Mulher 79 anos, parcialmente dependente por paraparesia hiporreflexiva por estenose canalar Scizas C em L2-L3 e Schizas D em L3-L4, à custa de protusão discal de base larga+hipertrofia facetária e flava; Fractura L4 traumática; aguarda Cx por Neurocirurgia. Dislipidmeia e HTA

Vem por alteração do comportamento, com uns dias de evolução, por hipoNa hipotonica, hipo/eurolémica. ESU compatível com SIADH com Na urinario lig aumentado (45); osmolaridade urinaria elevada. Sem farmacos de novo, sem clinica sugestiva de infeção, TSH N. Marcadores inflamatorios aumentados com PCR 136, leucocitose lig. Sem clinica focalizadora, colheu ESU, UC e HC's, sem antibioterapia.

Na á admissao 120 » 125 apos 4h de correção com fluidoterapia e com resolução dos sintomas. A reavaliação, vígil, orientada n T/E/P, discurso adequado. Sem cefaleia, náuseas ou outras queixas de relevo
HD estável, apirética.

AC: rítmica
AP limpa
Sem edema periferico, sem TVJ
Mucosas já hidratadas, corada
Eupneica em repouso.

Hiponatremia hipotonica hipo/eurolémica para estudo

Contacto colega do Hospital de Barcelo (H. da área de residencia, por CS de Esposende) que aceita a transferencia do doente.
Contacta-se filho a informar.
Peço transporte.

(Medicina Interna) / 05:20h 12-Out-2021

- vi. Relatório do episódio de urgência do utente JS, de 29 de novembro de 2021, de onde consta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

Triagem

Queixa: Refere episódios de tremores com dor generalizada com 3 dias de evolução.

Prioridade: **Laranja - Muito urgente**

FLUXOGRAMA: 35 - Indisposição no adulto

DISCRIMINADOR: Pulso anormal

Contacto telefónico de urgência: [REDACTED]

Sinais vitais

Frequência cardíaca: 120 bat/min

Glasgow total: 15

Glasgow resposta ocular: 4 - Olhos abertos espontaneamente

Glasgow resposta motora: 6 - Cumpre ordens

Glasgow resposta verbal: 5 - Discurso coerente e orientado

Glicemia capilar: 103 mg/dL

Ritmo de pulso: Arritmico

[REDACTED] (Enfermeira) / 12:53h 29-Nov-2021

História da doença actual

Doente 68 anos dependete por paraplegia, cognitivamente bem.

AP:

Paraplegia AIS A NN T7, traumática (queda com # D8 com lesão medular em 02.2020)

Calculo bexiga

- ecografia - bexiga com parede espessada e cálculo endoluminal com 14mm

- observado em nov/2021 em CE de urologia e inscrito para cirurgia

MH: nega

Alergia Penicilina

S)

Doente com ida ao SU na passada quinta-feira (25.11) por quadro de astenia e mialgias com 1 semana de

evolução e febre.

Apresentava Úlcera de pressão a nível da região nadequeira esquerdada com 1 semana de evolução e agravamento rápido, descrita como actualmente infetada. (questionei doente mas não sabe dizer nada acerca disto e não consigo contactar esposa)

Referencia a aumento a cetrização vesical - costumava realizar de 5h 5h neste momento esta com necessidade 4h em 4h.

Analicamente com elevação parâmetros inflamatórios e sed urinário ativo, FR bem. Teve alta com ciprofloxacina 500mg 12/12h. Entretanto UC com isolamento de K.pneumoniae sensível cipro

Hoje volta ao SU por manutenção de mialgias, astenia e quadro de tremores (shivering?). Refere melhoria das características da urina (mais clara).

Refere tensão abdominal mas diz que não é dor.

Nega febre, perdas de consciência, toracalgia, tosse, dispneia, náuseas, vômitos, diarreia/obstipação, queixas GU.

O)

Doente sentado desconfortável, com shivering –meço temp tem 38°C CAE e 37.7°C no CAD.

Orientado no tempo, espaço e pessoa.

TA 135/75, FC 120-125bpm. Pulso taquicárdico mas rítmico e simétricos.

AC S1 e S2 taquicárdicos mas rítmicos, sem sopros.

AP MV mantido e simétrico, sem RA aparentes.

Abdomen mole e depressível, sem dor a palpação, sem defesa ou dor a descompressão.

Sem edema periférico.

P)

Peço EA+ ESU+GSA+HC+UC.

Peço ecografia RV.

Faz paracetamol.

Peço equipa de enfermagem para me chamarem para observar úlcera nadeqa.

(Medicina Interna) / 14:07h 29-Nov-2021

Doente sente-se melhor, neste momento apiretico (36.2°C).

Análises: Hg 13.6, sem leucocitose/leucopenia, neutrofilia de 6790/uL, plaq bem de 271000.

Citocolestase (AST 50, 58, GGT 456, FA 346) e hiperbilirrubinemia (BT 1.78, BD 0.85). CK e mioglobina normal, glicose 119, FR bem (Cr 0.57, Ur 27), Ionograma bem. PCR elevada de 228.

GSA com alcalose respiratória.

Ecografia: Rim direito globoso, apresentando parênquima ligeiramente heterogéneo e hiperecogénico, achados que podem estar em relação com pielonefrite tendo em conta a suspeita clínica.

Rim esquerdo normodimensionado, com espessura cortical e

diferenciação parênquima-sinusal adequadas à faixa etária.

Sem hidronefrose bilateralmente.

Sem líquido ou colecções peri-renais bilateralmente.

Bexiga pouco distendida, apresentando paredes difusamente espessadas.

Identifica-se cálculo intravesical com 13 mm em posição dependente.

ECG FC 111, RS.

Rx torax ICT normal, ângulos costofrenicos livres, sem aparentes condensações, sem pneumotorax.

Aguarda Sed urinário.

HC e UC em curso.

peço estudo coagulação.

(Medicina Interna) / 16:44h 29-Nov-2021

Contactei radiologia e peço nova ecografia abdominal.

Acrescento amilase e lipase nas análises.

(Medicina Interna) / 17:10h 29-Nov-2021

- Ecografi abdominal: Esteatose hepática focal nas topografias típicas. Nódulo hiperecogénico com 16 mm no segmento VII sugestivo de hemangioma, estável face a TC de 17/02/2020.

Sem dilatação das vias biliares.

Vesícula biliar moderadamente distendida, alitiásica. Sem sinais de colecistite aguda.

Veia porta permeável.

Planos pancreáticos sem alterações ecoestruturais relevantes.

Esplenomegalia homogénea (14,8 cm de eixo bipolar).

Sem líquido livre intra-abdominal.

- Aguarda Sed urinário, coagulação, amilase e lipase.

(Medicina Interna) / 18:04h 29-Nov-2021

Contacto colega de Cirurgia plastica que vai tentar vir observar doente antes de entrar no bloco, senao so durante madrugada.

(Medicina Interna) / 18:30h 29-Nov-2021

Doente já fez Ciprofloxacina 500mg per os

Faz agora Paracetamol 1g ev por Tauricular 38.6°C

Plano:

Fazer toque rectal para palpação prostática

Avaliação por Cx plástica para avaliação da ulcera sagrada como foco infeccioso

(Medicina Interna) / 03:33h 30-Nov-2021

Doente com quadro febril e elevação dos parametros inflamatorios

ITU a agente sensível a antibiotico em curso desde há 1 semana, agora sem leucocituria

Identificada úlcera com sinais de infeção avaliado ontem pela Cirurgia Plástica e segundo a sua opinião com indicação para internamento?

Trata-se de um doente da área de reerenciação do CHMA - Sto Tirso.

Caso os colegas entendam que não necessita de cuidados especificos pela especialidade sugiro que

contactem o hospital da sua área de referenciação.

Tentei agora contacto telefonico sem sucesso. Tento novamente

(Medicina Interna) / 08:48h 30-Nov-2021

Consciente, orientado e colaborante

Eupneico

Inicia antibioterapia empirica

Tento contactar radiologia

(Medicina Interna) / 09:00h 30-Nov-2021

Esposa informada

(Medicina Interna) / 09:05h 30-Nov-2021

TC: SU

Na região nadegueira esquerda identifica-se uma colecção multiloculada

com líquido e gás, traduzindo provável abscesso, com fistulização à pele,

através de volumosa úlcera com solução de continuidade cutânea de

aproximadamente 29 mm.

Esta colecção mede aproximadamente 67 x 28 mm de maiores diâmetros no plano axial (transversal x ântero-posterior) e apresenta um diâmetro longitudinal máximo de cerca de 75 mm.
 Encontra-se predominantemente localizada no interior do músculo grande glúteo, estendendo-se superiormente até próximo da tuberosidade isquiática esquerda.
 Expressivas alterações inflamatórias da gordura subcutânea nadegueira e da fossa isquiorrectal esquerda.
 O estudo da escavação pélvica não demonstra colecções nem líquido livre, fazendo-se referência apenas a um cálculo no interior do lúmen da bexiga, com 9 mm.
 Sem dilatação do trajecto pélvico dos ureteres.
 Pequena hêmia inguinal à esquerda, de conteúdo exclusivamente adiposo.
 Adenomegalias nas cadeias ilíacas à esquerda, a maior ilíaca comum com 16 x 11 mm, possivelmente de carácter reactivo.

██████████ (Medicina Interna) / 10:11h 30-Nov-2021

Doente com ulcera de pressão isquiática com solução de continuidade cutânea
 Alterações na TAC compatíveis com a ulcera visualizada
 Doente deve fazer cuidados de penso bidário com soluto de Dakin.
 Sem necessidade de mais cuidados urgentes por C. Plástica

██████████ (Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética) / 12:49h 30-Nov-2021

Contactada colega do CHMA que aceita a transferência para continuação de cuidados
 Familiar informada
 Peça transporte

██████████ (Medicina Interna) / 14:53h 30-Nov-2021

- vii. Requisição de Transporte – Urgência relativo à utente MC.

II.5. Reclamações apensadas aos presentes autos

15. Na pendência do presente processo de inquérito, foram apensadas ao mesmo as reclamações REC/98075/2021, REC/38723/2022 e REC 34450/2022.
16. De seguida, transcreve-se o teor das sobreditas reclamações, bem como o teor das alegações iniciais do prestador:

II.5.1. Reclamação n.º REC/98075/2021

17. No dia 20 de dezembro de 2021, a reclamante BC apresentou uma reclamação no livro de reclamações do CHUSJ, com o seguinte teor:

“O motivo foi uma transferência hospitalar de Vila Nova de Gaia para esta unidade hospitalar depois da devida Alta Hospitalar levar[am] o doente de [Alzheimer] para a Unidade Hospitalar de Vila Nova de Gaia sem [i]nformar a acompanhante. [...]”.

18. Chamado a pronunciar-se, inicialmente, sobre o teor da supratranscrita reclamação, o CHUSJ declarou o seguinte:

“[...] após auscultar os responsáveis, lamentamos a situação que só por falha de comunicação pode ter ocorrido.

Todos os nossos profissionais têm indicação para entrar em contacto com os familiares do doente, nomeadamente quando o doente é transferido para outra instituição hospitalar. [...]

II.5.2. Reclamação n.º REC/38723/2022

19. No dia 19 de abril de 2022, o reclamante DF apresentou uma reclamação eletrónica no “portal colaborativo” do CHUSJ, com o seguinte teor:

[...]

Venho por este meio, demonstrar o meu desagrado e repúdio pela forma como o doente [AM], que esteve internado no serviço de cirurgia, piso 5 cama 555, foi e está a ser tratado (porque ainda não foi realizada a transferência para o IPO) - esteve internado desde o dia 16/04/2022 até ao dia de hoje, 19/04/2022). Como é possível colocar um doente com problemas de saúde (Cancro no Pâncreas e infeção no fígado - sendo este o motivo de ter sido internado) durante tanto tempo (a informação da transferência era que a mesma iria ser realizada da parte da manhã!!!), numa cadeira de rodas, com a mala em cima das pernas - ao ponto de as pernas estarem a drenar liquido!!!!, com a perna da calça e do chinelo completamente molhados, num corredor à espera de uma ambulância para ser transferido para o IPO (o facto foi verificado hoje, dia 19/04/2022, às 18 horas) [...] É também incompreensível que a médica responsável, depois de me informar que o doente iria ser transferido da parte da manhã para o IPO e de não ter sido realizado essa transferência, não tenha ninguém informado a família!! [...] [...]

II.6. Dos pedidos de elementos adicionais ao CHUSJ

20. Nessa senda, em 31 de janeiro de 2023, foi remetido ao CHUSJ um pedido de elementos adicional, concretamente solicitando o seguinte:

[...] a ERS tomou conhecimento de 2 (duas) novas reclamações apresentadas por [BC] e [DF], também visando a atuação do CHUSJ, devido a alegados constrangimentos na realização de transferências hospitalares e direito ao acompanhamento (REC/98075/2021 e REC/38723/2022, respetivamente).

Em face do exposto, cumpre solicitar a V. Exas., ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, o envio de todos os elementos documentais e factuais de que disponham, nomeadamente:

- 1. Pronunciem-se detalhadamente sobre as situações descritas nas referidas reclamações apresentadas por [BC] e [DF] e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
 - 2. Descrevam todas as etapas percorridas pelo(os) utente(s) visados nas reclamações apresentadas por [BC] e [DF], com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
 - 3. Esclareçam que razões determinaram a transferência do(os) utente(s) acima identificado(os), bem como as diligências encetadas junto dos hospitais de destino com vista à concretização das aludidas transferências, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
 - 4. Identifiquem as diligências encetadas por V. Exas. no sentido de informar os respetivos acompanhantes do(os) utente(s) sobre os aludidos processos de transferência hospitalar, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
 - 5. Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...].”*
21. Em 26 de fevereiro de 2023, o CHUSJ remeteu os seguintes esclarecimentos prestados pela UAG de Cirurgia:

“[...]

O Sr. [AM] recorreu ao SU do CHUSJ no dia 16/4/22 (sábado) às 13:19h tendo sido internado no Serviço de Cirurgia no dia 17/4/22 às 6:40h com o diagnóstico de colangite secundária a uma neoplasia cefalopancreática, em estudo no IPO, desde 1/4/22. Tratava-se de um doente com insuficiência renal crónica e fazer hemodiálise.

No dia 18/4/22 (segunda-feira) foi contactado o chefe de equipa do IPO- Porto que aceita o doente desde que a Nefrologia assegurasse a hemodiálise. Foi então

contactado o Serviço de Nefrologia do IPO tendo ficado acordado novo contacto na manhã seguinte para agilizarem a hemodiálise. O doente fez hemodiálise no dia 18/4 à tarde, no CHUSJ.

No dia 19/4/22 de manhã foi contactado o Serviço de Nefrologia do IPO que garantiu a hemodiálise em regime de internamento. Iniciou-se então o processo de transferência com o pedido de ambulância para efetuar o transporte e essa informação foi transmitida aos familiares.

Todos estes passos constam dos registos clínicos.

Os doentes no Serviço de Cirurgia aguardam o transporte na cama respetiva ou em cadeirão. Só passam para a cadeira de rodas quando telefonam para o serviço a informar que a ambulância que efetuará o serviço chegou. A cadeira de rodas é usada para transportar o doente do piso 5 para o piso 1.

Apesar da distância entre as duas instituições ser pequena é necessário que haja ambulância disponível para efetuar o transporte e o tempo que decorre entre o pedido feito pelo serviço e a disponibilidade do transporte não é por nós previsível.

Em resumo:

- O doente só foi transferido no dia 19/4/22 pela disponibilidade do IPO assegurar a hemodiálise em regime de internamento*
- Apesar da transferência ter sido decidida e agilizada de manhã só foi efetuada à tarde pela disponibilidade da ambulância para efetuar o transporte*
- A cadeira de rodas só é utilizada para transportar o doente do piso 5 para o piso 1.”.*

22. Não tendo sido dada resposta integral ao solicitado pela ERS, através de comunicações eletrónicas de 6 e 8 de março de 2023, foi o prestador notificado para remeter os elementos em falta relativamente às reclamações apresentadas por BC (REC/98075/2021) e DF (REC/9838723/2022).

23. Nessa senda, através de mensagem de correio eletrónico de 17 de março de 2023, o CHUSJ veio informar o seguinte:

“Em referência ao mail infra, junto enviamos a Va Excia os suportes documentais solicitados (no ponto nº 1 e 2 do mail de Vas Excias) que validam a versão dos factos relacionados com a transferência de doentes e referentes às exposições

apresentadas por D. [BC] (REC/ 98075/2021) – Anexo1 e 2 e Sr. [DF] (REC/9838723/2022) – Anexo 3 (O REC 28838/2023).

Relativamente ao ponto 3, a atuação do Centro Hospitalar Universitário de São João neste domínio norteia-se, genericamente, pela legislação aplicável, complementada por diversas normas supra hospitalares:

- A legislação em vigor que define o processo de criação e revisão das redes de referência hospitalar (Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, alterada pela Portaria n.º 331-B/2021, de 31 de dezembro) – Anexos 1.1 e 1.2
- Os documentos aprovados das diferentes redes hospitalares, por especialidade, estão disponíveis nos sites da ACSS e da DGS - Lista resumida em Anexo 1.3.
- As normas subjacentes ao funcionamento das urgências metropolitanas cujo atendimento está sediado no Centro Hospitalar Universitário de S. João (Psiquiatria, Urologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Neurorradiologia de intervenção, Oftalmologia, em alternância com o Centro Hospitalar Universitário do Porto, e o transporte inter-hospitalar pediátrico).

Mais se acrescenta, neste contexto, a elaboração de uma norma interna para a regulação de transferências hospitalares por parte do CHUSJ, o qual será aprovado institucionalmente com a maior brevidade possível. Acreditamos que este será um elemento importante para o contínuo esforço de melhoria assistencial do CHUSJ nesta área.”.

24. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o CHUSJ juntou um documento com a informação relativa à reclamação apresentada por BC, de onde consta o seguinte:

“[...]”

UTENTE [MRC]

Após análise dos registos referentes ao episódio de SU em apreço somos a fornecer as informações solicitadas.

Descrição cronológica do episódio:

19.dezembro.2021

- 19:00 – Admitido no Serviço de Urgência (SU)

- 19:12 – Triado, segundo o protocolo de Triagem de Manchester, tendo sido atribuída a prioridade Amarela e encaminhado para a Área Médica 1 (Enf [EP])
- 22:33 – Registo clínico efetuado pela Urologia (Dr^a [IP]), com descrição da situação, procedimentos e orientação
- 22:34 – Alta Médica, da responsabilidade da Urologia, por Transferência para o CH Vila Nova de Gaia (Dr^a [IP])

20.dezembro.2021

- 01:50 – Registo de Alta de Enfermagem, usualmente efetivada no momento de saída efetiva do doente do SU (Enf [RM])

O doente [MRC] foi recebido pela Urgência Metropolitana de Urologia, após transferência do CH Vila Nova de Gaia, sem contacto prévio, verificando-se na informação clínica, acessível via RSE, a presença de hematúria e impossibilidade de algaliação, em doente cronicamente algaliado.

Objetivamente o doente apresentava-se a urinar espontaneamente, com urina límpida. Com meato hipospádico, foi algaliado sem qualquer dificuldade com SV 18Fr 2 vias. Foi providenciado o regresso ao hospital de origem

Quanto aos procedimentos de transferência em vigor esclarece-se que:

- Tratando-se de transferência para continuação de cuidados é informado o doente e família (caso o doente não esteja capaz de gerir e informar familiares), bem como estabelecido contacto com a urgência de destino para acordo da referida transferência
- Tratando-se de regresso imediato a urgência de origem após parecer clínico, é realizado contacto com a mesma para continuação de cuidados; isto no caso de se verificar necessidade específica não suprida durante o processo de avaliação/intervenção”.

25. Em anexo, o CHUSJ remeteu os seguintes documentos:

- i. Resposta remetida pela UAG, em 26 de fevereiro de 2023, relativa ao utente AM;
- ii. Listagem das Redes de Referência Hospitalar aprovadas;

- iii. Portaria n.º 331-B/2021, de 31 de dezembro, que altera a Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, definindo a metodologia de revisão das Redes de Referência Hospitalar;
- iv. Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio;
- v. Relatório de Alta do utente MRC, de 19 de dezembro de 2021, com o seguinte teor:

 SÃO JOÃO	<p>RELATÓRIO DE ALTA</p> <p>Local: Urgência Polivalente Nome do Utente: ██████████ Idade: 88 anos ██████████ Episódio: ██████████ Processo: ██████████ Data de admissão: 19-12-2021 19:00</p>				
Notas Clínicas	<p>Doente transferido sem contacto prévio com a informação clínica de hematuria e impossibilidade de algáliação em doente cronicamente algaliado. Objectivamente, doente a urinar espontaneamente urina límpida. Meato hipospádico. Algaliado sem qualquer dificuldade com SV 18Fr 2 vias. Regressa ao hospital de origem. Dr. ██████████ (Urologia) - 19/12/2021 22:33</p>				
Sinais Vitais	<table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">Temperatura (°C)</td> <td style="padding-left: 5px;">37 19:12 19/12/2021</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">Dor (0-10)</td> <td style="padding-left: 5px;">0 19:12 19/12/2021</td> </tr> </table>	Temperatura (°C)	37 19:12 19/12/2021	Dor (0-10)	0 19:12 19/12/2021
Temperatura (°C)	37 19:12 19/12/2021				
Dor (0-10)	0 19:12 19/12/2021				
Diagnósticos	<p>Complicação (mecânica) de outro catéter urinário, admissão inicial T830184 Data: 19/12/2021 22:34 Tipo: Principal</p>				
Alta	<p>Outro Hospital Ch De Vila Nova De Gaia Data: 19/12/2021 22:34 Por: Dr. ██████████</p>				

26. Verificando-se que o CHUSJ não logrou remeter todos os elementos solicitados pela ERS, em 6 de abril de 2023, foi remetido um novo pedido de elementos ao prestador, solicitando o seguinte:

“[...]”

Sucedede que, analisados os elementos remetidos aos autos por V. Exas., relativos à utente [MC] (REC/90696/2021), verifica-se que o relatório Alert remetido a esta Entidade Reguladora é relativo ao episódio de urgência de dia 12 de outubro de 2021, com hora de admissão (21h21m) posterior à reclamação apresentada por [PS] (a saber, 12h58m de dia 12 de outubro de 2021). Acresce que, do aludido relatório, consta a menção a uma “queda accidental do cadeirão com trauma da face/região periorbitária direita”.

Mais se apurou não terem sido remetidos os relatórios dos episódios de urgência relativos aos utentes [AM] (REC/38723/2022) e [MRC] (REC/98075/2021).

Deste modo, e no sentido de uma melhor averiguação dos factos em apreço, solicita-se a V. Exas., ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, o envio dos seguintes elementos:

(i) Quanto à utente [MC] (REC/90696/2021):

1. *Cópia do relatório do episódio de urgência da utente [MC] de dia **11 de outubro de 2021** (relatório Alert);*
2. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos protocolos e/ou procedimentos internos em vigor nessa unidade para a avaliação do risco de queda de utentes;*
3. *Confirmação, pormenorizada e documentalmente suportada, da existência de avaliação de risco de queda, registada no processo clínico da utente [MC];*
4. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, das medidas de prevenção adotadas, no caso concreto, na sequência da avaliação do risco de queda, caso tenha existido;*
5. *Cópia do relatório, pormenorizado e documentalmente suportado, da comunicação de incidente ou evento adverso (a entidade externa e/ou interna);*
6. *Descrição das medidas tomadas quanto à situação em análise, em particular para a sua correção;*
7. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

(ii) Quanto aos utentes [AM] (REC/38723/2022) e [MRC] (REC/98075/2021):

1. *Cópia dos relatórios dos episódios de urgência dos utentes;*
2. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*

27. Assim, em 31 de maio de 2023, o CHUSJ remeteu aos autos os seguintes elementos adicionais:

“[...]

Na sequência da receção do V/Ofício 137542/2023, relativo a Pedido de Elementos Adicional no âmbito do Processo de Inquérito nº ERS/078/2022, o qual mereceu a nossa máxima atenção, vimos por este meio remeter os elementos solicitados. Desde já lamentamos o lapso temporal ocorrido e que se prende com a sua adequada recolha.

Convém referir que, por uma facilidade de organização, remetemos os mesmos mencionando a ordem dos pontos apresentados no V/Ofício.

(i) Quanto à utente [MC] (REC/90696/2021):

1. Cópia do relatório do episódio de urgência da utente [MC] de dia 11 de outubro de 2021 (relatório Alert);

No que se refere a este ponto, é de salientar a não existência, no CHUSJ, de registo de Episódio de Urgência a 11 de outubro de 2021, para a utente [MC].

*Este facto é corroborado no Relatório de Urgência do CHUSJ com data de admissão de 12 de outubro de 2022 às 21h21, com a seguinte queixa de admissão - **Transferência** por Insuficiência Respiratória, Dispneia desde ontem (relatório este já previamente remetido - Anexo I):*

*“Doente com alta no dia 11/10 do internamento de Cirurgia Geral CHUSJ. (...) Teve alta no dia 11/10, sendo que esteve até agora a aguardar RNCCI. (...). Entretanto hoje quando chegou à RNCCI foi “recusada” por ter insuficiência respiratória e **enviada ao CHTS** de onde realço os seguintes achados (...):*

“Utente não foi admitida nos CC por estar com sinais de insuf. respiratória. Tendo solicitado transporte do doente, para devolver a origem, deu entrada neste SU.”

“Recebi informações da ARS, via Serviço Social, de que a doente se mantém sob responsabilidade do Hosp. S. João por não ter sido aceite com base em critérios clínicos da UCC.”

De referir que, no momento da alta do Serviço de Cirurgia Geral do CHUSJ (11.10), e colocação na Unidade de Cuidados Continuados (UCC), é contactada a filha [ME] por telefone pela Dra. [SC]. Posteriormente, e na sequência do episódio de urgência de dia 12.10, é contactada a UCC, sendo também informada a filha da alta do Serviço de Urgência para a UCC Riba D’Ave no dia 13/10.

Pelo que, a falta de informações descrita pelo exponente [PS] na sua reclamação (efetuada às 12h58m de 12.10), poderá estar relacionada com o período compreendido entre a alta da CHUSJ do Serviço de Cirurgia Geral em 11.10 e a sua admissão no Serviço de Urgência do CHUSJ em 12.10 às 21h21. Período este em que ocorre a transferência para a UCC Riba D´Ave (objeto de comunicação à filha da utente pelo CHUSJ), sua não-aceitação na UCC por critérios clínicos, e envio ao Serviço de Urgência de outra Instituição.

2. Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos protocolos e/ou procedimentos internos em vigor nessa unidade para a avaliação do risco de queda de utentes;

Remetemos em anexo o procedimento atualmente em vigor na Instituição (aprovado em maio de 2022 – Anexo II).

3. Confirmação, pormenorizada e documentalmente suportada, da existência de avaliação de risco de queda, registada no processo clínico da utente [MC];

4. Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, das medidas de prevenção adotadas, no caso concreto, na sequência da avaliação do risco de queda, caso tenha existido; Descrição das medidas tomadas quanto à situação em análise, em particular para a sua correção;

5. Cópia do relatório, pormenorizado e documentalmente suportado, da comunicação de incidente ou evento adverso (a entidade externa e/ou interna);

*No que respeita a estes pontos, gostaríamos de referir em primeiro lugar que, na sequência do processo de inquérito ERS/5/2019, que determinou “Rever as medidas e/ou procedimentos existentes para avaliação do risco de queda dos utentes e prevenção da sua ocorrência”, foi definido e implementado um plano de ação pelo CHUSJ, acompanhado pela própria ERS (Anexo III), e cuja **implementação foi finalizada em 2022** e já verificada em auditoria no âmbito do SINAS em 2022.*

No que se refere ao Serviço de Urgência é efetuada uma análise sumária da condição clínica do doente no sentido de poderem ser adotadas medidas de prevenção.

Atualmente, a avaliação desse risco inicia-se na triagem, havendo a possibilidade de o assinalar no sistema informático (JOne), como forma de alerta para todos os profissionais das áreas clínicas, **mecanismo este não existente à data do episódio de Serviço de Urgência em apreço.**

Estão também em desenvolvimento, no referido sistema informático, e decorrentes do assinalar do referido risco de queda, o desencadeamento automático de tarefas, a executar pela equipa de enfermagem da área clínica para onde o doente é direcionado, no sentido de prevenir a queda, que em caso de eventual ocorrência é atualmente comunicada informaticamente.

No que respeita ao caso em apreço, após a queda, a doente foi colocada em maca e avaliada clinicamente, não tendo sido identificadas lesões decorrentes da queda. Foi também realizado TC Cerebral que também não identificou lesões agudas.

(ii) Quanto aos utentes [AM] (REC/38723/2023) e [MRC] (REC/98075/2021);

1. Cópia dos relatórios dos episódios de urgência dos utentes;

- [AM] (Anexo IV)

- [MRC] (Anexo V)".

28. Em anexo, o CHUSJ remeteu os seguintes elementos adicionais:

- i. Relatório do episódio de urgência da utente MC, anteriormente enviado;
- ii. Procedimento sobre "Prevenção e intervenção na queda em cuidados hospitalares", aprovado em maio de 2022, com o seguinte teor:

"[...]

6.2 Avaliação do risco e medidas de prevenção da queda

6.2.1 Avaliação do risco

Nos diferentes contextos, a avaliação do risco de queda realiza-se com:

- A. Avaliação multifatorial a realizar por médico e enfermeiro, de forma complementar;
- B. Aplicação da escala de risco de queda apropriada para a idade, em internamento, por enfermeiro.

A. Avaliação multifatorial

Os fatores de risco para queda são múltiplos e variados, interagindo entre si. Enumeram-se as condições que mais consistentemente estão descritas como associadas ao risco de queda:

- *História de queda nos últimos 12 meses (analisar os fatores que contribuíram para a queda e respetivas consequências);*
- *Extremos de idade;*
- *Perturbação neurológica;*
- *Dificuldades na marcha;*
- *Diminuição da força muscular;*
- *Alteração do equilíbrio;*
- *Alteração da acuidade visual e/ou auditiva;*
- *Polifarmácia (\geq fármacos) e/ou fármacos que aumentam o risco de queda (analgésicos, incluindo opiáceos, antipsicóticos, benzodiazepinas, antiepiléticos/ anticonvulsivos, anti-hipertensores, antiarrítmicos, antidepressivos e diuréticos);*
- *Status cardiovascular;*
- *Síncope;*
- *Medo de cair percebido pela pessoa quando passível de avaliação;*
- *Calçado e vestuário desadequado;*
- *Outras condições relevantes: alterações músculo-esqueléticas, osteoporose, incontinência de esfíncteres, desnutrição, alterações psicopatológicas.*

Em função do contexto em que o doente se encontre, para além destes fatores de risco podem acrescer outros, especificamente no caso dos blocos operatórios: obesidade, agitação no momento pós anestésico (CHUSJ-PON021 Prevenção de quedas de doentes no Bloco Operatório/Recobro).

A constatação da existência destes fatores de risco pode basear-se nos registos prévios por profissionais, diálogo com o doente e familiares,

observação direta e/ou exame objetivo, não pressupondo a procura exaustiva de cada um dos fatores acima mencionados.

Na triagem do SU, em caso de potencial risco de queda o doente é sinalizado no JONE para posteriormente ser avaliado pela equipa da área em que o doente vai ser alocado.

Os fatores de risco identificados pelos profissionais determinam a implementação de medidas de prevenção individualizadas.

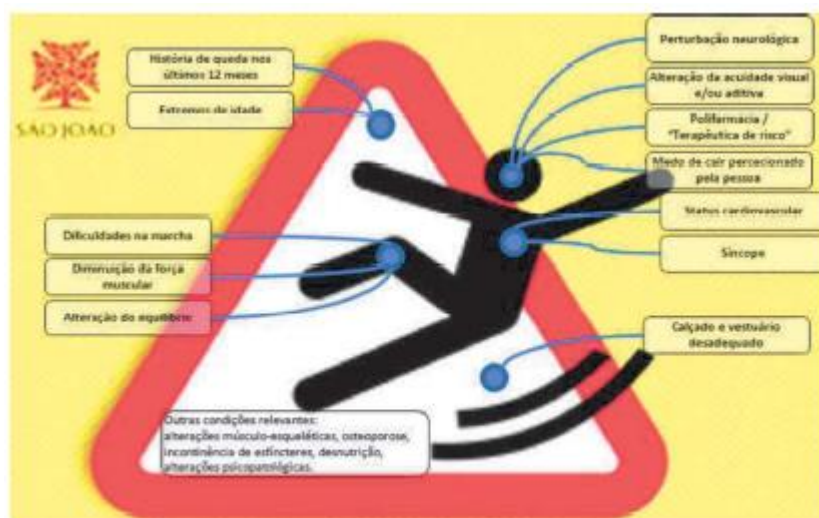


Figura 1 - Principais fatores de risco de queda

B. Aplicação da escala de avaliação do risco da queda

No internamento o enfermeiro aplica a escala de avaliação do risco de queda adequada à idade do doente, da qual resulta um score de risco:

- Escala de Morse para idade ≥ 18 anos;
- Escala Sempre em Pé para idade <18 anos, excluindo os recém-nascidos.

A escala não é aplicada aos doentes em coma, sedados ou sem atividade motora. Assim que esta condição clínica se alterar, a avaliação deverá ser realizada, independentemente do local onde o doente se encontre.

6.2.2 Momentos de avaliação

A primeira avaliação do risco é realizada o mais precocemente possível conforme a tabela seguinte:

Contexto \ Avaliação do risco	Primeira avaliação do risco
Internamento	1 ^{as} 24 horas
Serviço de Urgência de adulto	No episódio
Hospital de Dia	Na 1 ^a sessão

Nota: Nos blocos, incluindo cirurgia de ambulatório, aplica-se o BOC-PR00X-01 Prevenção de quedas de doentes no Bloco Operatório

Nos doentes cuja permanência no hospital perfaz mais de 24 horas, o enfermeiro responsável pelo doente deve confirmar se o risco foi avaliado. Não tendo sido possível antes, deve ser realizada a avaliação do risco nessa altura, independentemente do serviço/unidade em que o doente se encontre.

6.2.2.1 Reavaliação do risco de queda

Em função do contexto em que o doente se encontra, a reavaliação do risco de queda realiza-se nos seguintes momentos:

Contexto \ Momentos para reavaliação do risco de queda	Sempre que ocorra uma alteração do estado clínico e/ou identificação de novos fatores de risco ¹	Após a ocorrência de uma queda	No momento da transferência de cuidados intra-hospitalar e alta do doente	De 5/5 dias
Internamento	✓	✓	✓	✓
Serviço de Urgência de adulto	✓	✓	NA	NA
Hospital de Dia*	✓	✓	NA	NA

* Para além dos momentos acima mencionados, no Hospital de Dia do CAM a reavaliação do risco é efetuada em todas as sessões

Nos blocos, incluindo cirurgias de ambulatório, aplica-se o CHUSJ-PON021 Prevenção de quedas de doentes no Bloco Operatório/Recobro

6.2.3 Medidas de prevenção de queda individualizadas de acordo com o risco

A equipa multidisciplinar estabelece e implementa as intervenções de acordo com o contexto em que o doente se encontra e em função dos fatores de risco identificados. Para isso pode ser necessário efetuar uma avaliação complementar para melhor caracterizar os fatores de risco identificados e ajustar as respetivas medidas. As medidas preventivas devem ser implementadas logo que possível, sem prejuízo de uma avaliação complementar mais aprofundada em momento oportuno em equipa multidisciplinar.

O doente capaz de tomar as suas próprias decisões é envolvido no processo de decisão partilhada com a equipa profissional.

6.2.3.1 Medidas transversais nos doentes com risco

- a) *Alocar o doente, sempre que possível, mais próximo da equipa de enfermagem;*
- b) *Manter o doente sob vigilância frequente, pelos profissionais e família, quando aplicável;*
- c) *No internamento:*
 - i. *Colocar na unidade do doente a sinalética relativa ao risco de queda;*
 - ii. *Colocar na pulseira de identificação do doente: PIN VERMELHO ou autocolante vermelho na pulseira pediátrica.*
- d) *No Hospital de Dia do CAM*
 - 1. *Colocar na pulseira de identificação do doente o autocolante vermelho;*
- e) *Elevar as grades da cama quando aplicável:*
 - i. *O doente está alerta e orientado mas incapaz de se mobilizar ou depende de ajuda para se mobilizar;*
 - ii. *O doente **está sonolento, confuso e/ou desorientado** e, pela análise da equipa multidisciplinar, os benefícios da utilização das grades da cama superam os riscos; esta avaliação é revista sempre que ocorre uma alteração da condição clínica do doente. A decisão da não utilização das grades é registada no processo clínico do doente;*
 - iii. *O doente capaz de tomar as suas próprias decisões foi envolvido no processo de decisão partilhada com a equipa profissional e sente maior segurança na utilização das grades.*

As grades devem estar elevadas nos seguintes contextos: Serviço de Urgência de adulto, Pediatria, Bloco operatório incluindo cirurgia em regime de ambulatório, recobro pós anestésico e/ou no transporte de doentes em maca/cama, a não ser que haja indicação em contrário da equipa.

Precauções de segurança:

O uso de grades da cama implica riscos pelo que não é apropriada a sua utilização em todos os doentes, nem deve ser utilizada como forma de contenção física ou restrição do levante do leito.

Quando decidido utilizar as grades da cama em doentes com movimentos involuntários (e.g. convulsões) pode ser necessária a utilização de proteção com coberturas almofadadas.

6.2.3.2 Medidas dirigidas ao fator de risco

1) *História de queda*

a) *Implementar estratégias de prevenção de quedas com base na informação da(s) queda(s) anterior(es).*

2) *Perturbação neurológica*

a) *Implementar medidas para controlar os fatores que contribuem para as alterações cognitivas e do estado mental do doente (ex.: agitação, delirium, entre outros) nomeadamente:*

- *Rever prescrição farmacológica (fármaco, dose e horário);*
- *Minimizar o ruído no serviço bem como perturbação durante o período noturno incluindo, se necessário, revisão do horário da medicação.*

b) *Avaliar a necessidade de medidas de contenção.*

No SU, quando é perceptível a necessidade de medidas de contenção farmacológica, é priorizada a avaliação médica.

c) *Providenciar cadeira de rodas, cadeirão, maca ou cama para permanência e/ou transporte do doente, considerando a utilização de medidas de contenção se necessário*

3) *Alteração da marcha, equilíbrio e diminuição da força muscular*

a) *Assistir o doente a realizar as ABVD (ex. deambular, transferir, vestir/despir entre outras);*

b) *Providenciar material de apoio à deambulação e capacitá-lo para a sua utilização;*

c) Providenciar cadeira de rodas, cadeirão, maca ou cama para permanência e/ou transporte do doente, considerando a utilização de medidas de contenção se necessário.

d) Definir em parceria com o doente e/ou cuidador um plano de exercícios com objetivos de acordo com: 1) Fatores que contribuem para a alteração identificada; 2) Nível de confiança do doente para a deambulação e 3) Necessidade de utilização de material de apoio à deambulação;

e) Motivar o doente a participar no plano de exercícios definido monitorizando o seu progresso.

4) Alteração da acuidade visual e/ou auditiva

a) Assistir o doente a realizar as ABVD (ex. deambular, transferir, vestir/despir entre outras);

b) Esclarecer o doente e familiar sobre a importância de manter a utilização de óculos e/ou aparelho auditivo;

c) Se o doente não tiver em sua posse os referidos dispositivos, solicitar aos familiares que os tragam. Se tiverem sido espoliados, solicitar ao SOH.

5) Polifarmácia e/ou fármacos que aumentam o risco de queda

Realizar a reconciliação da terapêutica ao longo do episódio tendo em especial consideração os fármacos que potenciam o risco de queda informando o doente e familiar sobre os efeitos secundários e as interações medicamentosas que podem aumentar o risco de queda por suscitarem ou potenciarem: vertigens, tonturas, sonolência, hipersudorese, palidez, mal-estar geral, alteração da visão, alteração dos reflexos, rigidez muscular e sintomas extrapiramidais.

6) Medo de cair percebido pela pessoa

a) Esclarecer o doente e/ou cuidador sobre os fatores que contribuem para o medo, verbalizados pelo doente ou inferidos, encorajando-o como parte ativa do processo;

b) Considerar o uso de material de apoio à deambulação e a sua adequação ao doente.

7) *Patologias ou particularidades do doente relevantes para o risco de queda, como por exemplo: cardiovasculares (hipotensão postural, doença crónica descompensada, síncope, entre outros), alterações músculo-esqueléticas e sensoriais, osteoporose, incontinência de esfíncteres, desnutrição, alterações psicopatológicas, hipoglicemia, entre outras.*

a) Assistir o doente a realizar as ABVD (ex. deambular, transferir, vestir/despir entre outras);

b) Atender às necessidades de eliminação do doente: disponibilizar equipamentos e/ou promover idas regulares ao WC incentivando o doente a pedir ajuda atempadamente; substituir a fralda sempre que necessário;

Nota: *Ter especial atenção em situações de uso de diuréticos, laxantes e/ou preparação intestinal para exames ou pós procedimento cirúrgico.*

c) Se o doente apresentar alguma das condições acima mencionadas, o médico avalia clinicamente e reajusta o plano terapêutico.

[...]

6.3 No caso de ocorrência de queda

A - Queda de doente

Assim que verificada a ocorrência de uma queda deve ser efetuada uma avaliação clínica imediata do doente.

O enfermeiro:

- *Presta assistência ao doente;*
- *Avalia o estado de consciência;*
- *Avalia os sinais vitais (pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, dor), saturação oxigénio e glicemia capilar;*
- *Avalia os danos resultantes da queda;*
- *Caso haja suspeita de contusão cervical, não move o doente e imobiliza a coluna cervical;*

- *Comunica ao médico.*

O médico:

- *Avalia o doente;*
- *Revê a terapêutica com particular atenção a anticoagulantes;*
- *Decide a necessidade de realização de MCDT's e de colaboração de outra(s) especialidade(s);*
- *Estabelece o plano para o doente.*

Após a estabilização do doente, a equipa efetua a reavaliação do risco de queda e reajusta o plano:

- 1) *Identifica os fatores de risco que poderão ter precipitado a queda;*
- 2) *Reavalia o risco de queda;*
- 3) *Atualiza o plano de cuidados, se necessário;*
- 4) *Reavalia e monitoriza a situação clínica nomeadamente estado de consciência e/ou outras alterações neurológicas e/ou hemorragia clinicamente relevante para prevenção de complicações tardias;*
- 5) *Transmite informação do incidente à família/cuidador;*
- 6) *Efetua os registos no processo clínico do doente e documenta a situação.*

No caso de ocorrência de queda no domicílio num doente que se encontra internado no Serviço de Hospitalização Domiciliária, o doente ou cuidador deve contactar, logo que possível, a equipa do SHD.

Decorrente desse contacto, a equipa solícita ao cuidador ou ao doente que descreva:

- *A condição clínica do doente, incluindo sinais neurológicos, como sonolência, desorientação, lentificação ou deficits focais, sugestiva de traumatismo crânioencefálico, e avalie os sinais vitais. Mediante a informação prestada, a equipa indica ao cuidador a medida mais adequada até à chegada da equipa do SHD ou equipa de emergência pré-hospitalar eventualmente ativada (INEM);*

- *As características da queda: altura da queda, se ocorreu em movimento ou parado e qual o ponto de impacto.*

[...]

6.3.1 A notificação da queda

Toda a ocorrência de queda de doente nos serviços de internamento ou nas instalações do hospital é notificada independentemente do contexto onde o doente se encontra (área de urgência de adulto, consulta, hospital de dia, internamento, MCDTs, áreas comuns, entre outras).

A responsabilidade de notificar a queda é do profissional que visualizou a queda e/ou prestou a assistência/apoio à vítima, independentemente do local da queda.

A notificação da queda deve ser feita imediatamente após a assistência prestada ao doente na aplicação da Gestão do Risco (HER+).

Nota: A notificação da queda deve indicar aspetos relevantes tais como: chão escorregadio devido à higienização dos espaços ou por condições climáticas adversas, presença de piso danificado e outros.

6.4 Registos a constar no processo clínico

No processo clínico deve ficar documentada a informação referente à prevenção e ocorrência da queda.

A - Prevenção da queda

O enfermeiro deve registar

- *Avaliação do risco de queda*
 - *Avaliação multifatorial: documentar os fatores de risco identificados no campo “Observações” da atividade diagnóstica “Avaliar risco de queda” ou “Avaliar risco de queda (criança)”;* nos contextos em que o sistema de informação utilizado não permita este registo estruturado, documentar em texto livre (em notas de enfermagem);
 - *Escala de avaliação do risco de queda: documentar a partir do registo da atividade diagnóstica “Avaliar risco de queda” ou “Avaliar risco de queda (criança)”;*

- *Diagnóstico de risco de queda;*
- *Intervenções de enfermagem implementadas para a prevenção de queda;*
- *Reavaliação do risco de queda (5/5 dias, sempre que a condição do doente se altere e em todas as sessões no caso do Hospital de Dia do CAM).*

O médico deve registrar:

- *Avaliação multifatorial;*
- *Intervenções prescritas ou realizadas pelo médico para a prevenção de queda.*

B - No caso de ocorrência de queda

O enfermeiro deve registrar:

- *Ocorrência da queda a partir do registo da atividade diagnóstica “Avaliar queda”; nos contextos em que o sistema de informação não permita este registo estruturado, documentar em texto livre (em notas de enfermagem);*
- *Diagnóstico de enfermagem “Queda presente”;*
- *Reavaliação do risco de queda e, se aplicável, a reformulação do plano terapêutico;*
- *As vigilâncias realizadas (ex: estado de consciência, sinais vitais, glicemia capilar) e as intervenções implementadas subsequentes à queda.*

O médico deve registrar:

- *Ocorrência da queda;*
- *Data e hora da observação do doente;*
- *Avaliação clínica;*
- *Pedido de MCDT's e/ou colaboração de outra(s) especialidade(s), quando aplicável;*
- *Plano de tratamento;*

- *Reavaliações clínicas.*

[...]

- iii. Relatório de Alta do utente MRC, de 19 de dezembro de 2021, anteriormente enviado;
- iv. Relatório do episódio de urgência do utente AM, de 16 de abril de 2022, de onde consta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

Triagem			
Data / Hora da Triagem: 16/04/2022 13:30:14		Fluxograma : (25) 25 - Dor torácica	
Discriminador: Dor precordial			
Temperatura:		Dor:	Glasgow:
PEFR:		Freq. Resp.:	PA: /
Glicémia:	Corpos cetónicos:	Freq. card.:	Ritmo de pulso:
Oxi. per.:			
Mobilidade:			
Especialidade: URGENCIA GERAL		Grupo: Urgencia	Sala: URGENCIA GERAL
Queixa: Dor torácica desde ontem. IRC em programa de HD. VVcoronária.			
Justificação Via Verde:			
Triador: Enf. [REDACTED]		Nº. Mecanográfico: [REDACTED]	Ass.: _____

Observações Médicas	
16-Abr-2022 15:57:03	Dr. [REDACTED] URGENCIA GERAL
<p>¿73 anos Reformado (trabalhou na indústria textil), reside com a esposa em Santo Tirso. ECOG 1</p> <p>HDA</p> <p>AP</p> <p># Neoplasia do pâncreas em estudo, com 1ª consulta no IPO Porto a 1 de Abril - Massa neoplásica natureza sólida cefalopancreática com envolvimento do duodeno e dos vasos envolventes, com possibilidade de envolvimento secundário hepático pela ecografia (TC sem contraste não identificou nodulos) - Pedida biópsia hepática por RI e TC torax para completar estadiamento</p> <p># HTA com complicações, atualmente não medicado por controlo tensional</p> <p># Dislipidemia</p> <p># DM tipo 2 previamente insulino-tratado, suspenso por controlo glicémico, com lesões de orgão-alvo: - Nefropatia - Retinopatia grave - com tratamentos prévios de laserterapia, mantém seguimento; - Neuropatia periférica e neuropatia autonómica;</p> <p># DRC G5 multifactorial (HTA e Diabetes), sob hemodiálise, seguido em consulta de Nefrologia pre-transplante no Centro Hospitalar de S. João; - FAV no antebraço direito (3a, 5a, sábado)</p> <p># AVC isquémico cerebeloso em 2011 - Mantém hemiparesia esquerda sequelar, com desequilíbrio com necessidade de apoio na marcha.</p> <p># Litase vesicular assintomática.</p> <p># Litase renal, tratamento com litotricia</p> <p># Hiperplasia benigna da próstata;</p>	

Cirurgias - apendicectomia, FAV, litírcia, hidroceleotomia esquerda, cirurgia a cataratas
 # Ex-fumador
 # Consumos alcoolicos ligeiros

MH
 AAS, 100 mg
 Furosemida, 40 mg
 Pravastatina, 20 mg
 Omeprazol, 20 mg
 Dutasterida + Tamsulosina, 0.5 mg + 0.4 mg
 Cinacalcet
 Buprenorfina 35 mg de 3-3 dias
 Zaltiar em SOS, metoclopramida em SOS e lactulose

EO
 Vigil, algo confuso,
 Subfebril. Temp 37.8°C
 Eupneico, sem SDR. SpO2 99% (sa)
 Mucosas ictericas. Razosvelmente hidratadas
 Bem perfundido. Pulso ritmico
 TA 98/60 mmHg, FC 95 bpm
 AC sopro sistolico
 APMV presentes, diminuidos na base direita, sem outros sinais de irritacao peritoneal
 Abdomen mole e depressivel, com dor a palpacao do QSD, palpa-se massa nesta mesma regio anatomica (vesicula palpavel? massa hepatica palpavel)
 Edema bimalcolar bilateral godet ++/++

GSA (sa): pH 7.44, pCO2 77, pCO2 31, HCO3 21, Na 128, K 4.6, Cl 100, Glicose 255, Lactatos 1.09

Dr(a). [REDACTED] (via JOne) (16-04-2022 15:57:03)

16-Abr-2022 16:29:05 D [REDACTED] / URGENCIA GERAL

¿73 anos
 Reformado (trabalhou na industria textil), reside com a esposa em Santo Tirso.
 ECOG 1

HDA (apos conversa com doente e contacto com familiar)
 Trata-se de um doente com multiplos FRGV, DRC G5, diagnostico recente de neoplasia do pancreas. Tem sido intensificado terapeutica dialitica esta semana por estar mais hipervolemico (3º, 5º, 6º e sabado). Trazido ao SU por dor toracica esquerda, com mais de 24h de evolucao, que agrava com inspiracao, mais intensa hoje de manha. Filha nega dispneia, palpitacoes, sincope.

AP
 # Neoplasia do pancreas em estudo, com 1ª consulta no IPO Porto a 1 de Abril
 - Quadro de tosse persistente dasde 12/2021, entendida no contexto de edema pulmonar
 - Dor abdominal com irradiacao dorsal desde 01/2022 associado a perda de peso e anorexia
 - Realizou ecografia que revelou massa pancreatica suspeita
 - A TC abdominal realizada a 03/2022 confirmou massa pancreatica com envolvimento pancreatico/ duodenal e suspeita de MI hepatica
 - Apos 1ª consulta no IPO Porto (1 de Abril), pedida biopsia hepatica por RI e TC torax para completar estadiamento
 # HTA com complicacoes, atualmente nao medicado por controlo tensional
 # Dislipidemia
 # DM tipo 2 previamente insulino-tratado, suspenso por controlo glicemico, com lesoes de orgao-alvo:
 - Nefropatia
 - Retinopatia grave - com tratamentos previos de laserterapia, mantem seguimento;
 - Neuropatia periferica e neuropatia autonómica;
 # DRC G5 multifactorial (HTA e Diabetes), sob hemodialese, seguido em consulta de Nefrologia pre-transplante no Centro Hospitalar de S. Joao;
 - FAV no antebraço direito (3a, 5a, sabado)
 # AVC isquemico cerebeloso em 2011
 - Mantem hemicorpos esquerda sequelar, com desequilibrio com necessidade de apoio na marcha.
 # Litase vesicular assintomatica.
 # Litase renal, tratamento com litotricia
 # Hipertrofia benigna da prostata;
 # Cirurgias - apendicectomia, FAV, litírcia, hidroceleotomia esquerda, cirurgia a cataratas
 # Ex-fumador

Consumos alcoolicos ligeiros

MH
 AAS, 100 mg
 Furosemda, 40 mg
 Pravastatina, 20 mg
 Omeprazol, 20 mg
 Dutasterida + Tamsulosina, 0.5 mg + 0.4 mg
 Cinacalcet
 Buprenorfina 35 mg de 3-3 dias
 Zeklar em SOS, metoclopramida em SOS e lactulose

EO
 Vigi, algo confuso, pouco colaborante
 Subfebril, Temp 37.6°C
 Eupneico, sem SDR, SpO2 99% (aa)
 Mucosas ictericas. Razoavelmente hidratadas
 Sem perfundido. Pulso ritmico
 TA 99/80 mmHg, FC 95 bpm
 AC sopra sistolico
 AP MV presentes, diminuidas na base direita, sem outros sinais de irritacao peritoneal
 Abdomen mole e depressivel, com dor a palpacao do QSD, palpa-se massa nesta mesma regio anatomica (vesicula palpavel? massa hepatica palpavel)
 Edema binalear bilateral goodst ++/++

GSA (aa): pH 7.44, pO2 77, pCO2 31, HCO3 21, Na 128, K 4.6, Cl 100, Glicose 255, Lactatos 1.09
 ECG elevacao ponto J / supraST de V2 e V3?

Peco
 Peco EA, incluindo MNC e BNP
 Peco Rx torax
 Dr(a) [redacted] JOne) (16-04-2022 16:29:05)

16-Abr-2022 18:30:55 Dr. [redacted] URGENCIA GERAL

JHb 7.3, Leucocitose 16.500 com neutrofilia, PlaQ 320
 Cr 3.66, ureia 78 (faz ontem sessao de HD)
 Na 129, K 4.3

Aumento marcado dos parametros colestaticos (FA 1004, GGT 680, BIT 5.11 a custa de aumento da BHD 3.00)
 Aumento ligeiro dos parametros de citolise hepatica (AST 148, ALT 127)
 Funcao pancreatica sem alteracoes
 [nao encontro analises recentes para perceber se existiu alguma diferenca de novo da funcao hepatica]

Troponinas B1.5 (aumento explicado pela DRC?) , Mioglobina 218
 Aguarda BNP
 Aguarda Rx torax

Peco colaboracao cirurgia
 Peco Troponinas 3h apos
 Dr(a) [redacted] via JOne) (16-04-2022 18:30:55)

16-Abr-2022 16:46:01 Dr. [redacted] URGENCIA GERAL

JHb 7.3, Leucocitose 16.500 com neutrofilia, PlaQ 320
 Cr 3.66, ureia 78 (faz ontem sessao de HD)
 Na 129, K 4.3
 PCR 214

Aumento marcado dos parametros colestaticos (FA 1004, GGT 680, BIT 5.11 a custa de aumento da BHD 3.00)
 Aumento ligeiro dos parametros de citolise hepatica (AST 148, ALT 127)
 Funcao pancreatica sem alteracoes
 [nao encontro analises recentes para perceber se existiu alguma diferenca de novo da funcao hepatica]

Troponinas 91.5 (aumento explicado pels DRC?) , Maglobina 216
 Aguarda BNP

Rx torax com sinais sugestivos de hipervolemia.

Peco colaboracao cirurgia
 Peco troponinas 3h apos
 Dr(a) [REDACTED] (via JOne) (16-04-2022 18:46:01)

16-Abr-2022 19:41:08 Dr. [REDACTED] / URGENCIA GERAL

¿Contactei filha e expliquei que pai ira realizar agora sessao HD
 Tem biopsia hepatica agendada para 20 de Abril. Parou AAS ontem
 Dr(a) [REDACTED] (via JOne) (16-04-2022 19:41:08)

16-Abr-2022 20:03:45 Dr. [REDACTED] / URGENCIA GERAL

¿Discuti caso com colegas de cirurgia, que irao avaliar o doente
 Peco ecografia abdominal
 Dr(a) [REDACTED] (via JOne) (16-04-2022 20:03:45)

17-Abr-2022 00:43:17 Dr. [REDACTED] / URGENCIA GERAL

¿Doente assumido na passagem de turno.

Foi fazer sessao de HD e ecografis abdominal e renopelvica.

A minha observacao, apos sessao de dialise,
 Bem disposto, sem dor toracica, sem dispneia. Nega outras queixas.
 AP: SR presentes bilateralmente, sem RA.

Ecografia abdominopelvica com proeminencia das vias biliares intra-hepaticas e da VBP, com calibre de 15mm, condicionada por massa cefalopancreatica.

Portanto, doente com ictericia obstrutiva e provavel colangite.
 Aguarda avaliacao por Cirurgia Geral
 Dr(a) [REDACTED] (via JOne) (17-04-2022 00:43:17)

17-Abr-2022 00:44:20 Dr. [REDACTED] / URGENCIA GERAL

¿- Troponhs 91 e 93ng/L
 Dr(a) [REDACTED] (via JOne) (17-04-2022 00:44:20)

17-Abr-2022 01:57:04 Dr. [REDACTED] / URGENCIA GERAL

¿Antecedentes como descritos.

Antecedentes de neoplasia cefalopancreatica em estudo no IPO Porto (Biopsia hepatica marcada para 20/04). HD por DRC multifatorial

Recorreu ao SU por dor toracica com irradicao para os ombros, com progressiva migracao para a regio epigastrica com evolucao de >24h associado a ictericia e padrao subfebril no domicilio. Nega nauseas e vomitos. Nega sintomas GU.

CCO.
 HD normal.
 Eupneico, sem SDR, Sat(oo): 96%

Abdomen: mole e depressível, doloroso a palpação profunda nos quadrantes direitos, sem SIP, sem massas palpáveis.

» EA: Hg 7.3; L 16.5; Plaq 320; AST 148; ALT 127; GGT 680; FA1004; BT 5.11; BD 3.0; Amilase 40; Lipase 74; DHL 156; Cr 3.86; Ur 76; PCR 214

» GSA(aa): pH 7.46; pO2 83; pCO2 32.9; HCO3 22.9; sO 96%; Na 131; K 3.84; Lact 1.81

» Ecografia: Hepatomegalia esteatósica, apresentando fígado parenquima heterogêneo. Sem coleções abedadas no parenquima hepático. Proeminência das vias biliares intra-hepáticas e da via biliar principal, apresentando calibre de cerca de 15 mm, condicionada por aparente massa cefalopancreática, medindo aproximadamente cerca de 60 mm, a correlacionar por estudo complementar por TC, eventualmente exames prévios que o examinado já tenha realizado. Retroperitônio de difícil acesso por interposição de gás intestinal. Vesícula biliar proeminente, em relação com vesícula de Courvoisier. Líase endoluminal. Ascite pequeno volume. Sem coleções organizadas intra-abdominais. Sem hidronefrose. Derrame pleural bilateral de pequeno volume.

Portanto,
Colangite secundária a neoplasia pancreática conhecida, sem disfunção de órgão associada

Contactado PO Porto para eventual transferência. Uma vez que o doente faz HD, não beneficia de transferência para IPO Porto uma vez que não apresenta HD/Apoio nefrologia diário.

Inicia PipTazo.
Calhe HC.
Peça COVID.
Interna-se no serviço de Cirurgia Geral.
Dr(a) [REDACTED] (via JOne) (17-04-2022 01:57:04)

17-Abr-2022 02:04:21 D: [REDACTED] / URGENCIA GERAL

„Contactada Nefrologia:
- HD 4 sessões por semana;
- Rptazo ajustada a FR, 2.25g B/8h
Dr(a) [REDACTED] (via JOne) (17-04-2022 02:04:21)

v. Plano de ação resultante do Processo de inquérito n.º ERS/5/2019:

Plano de ação resultante do Processo de inquérito n.º ERS/5/2019

Atualizado a 05/05/2022

Em resposta à deliberação da ERS, datada de 1/8/2019, o CHUSJ apresenta o seguinte ponto de situação ao plano de ação:

Instrução da ERS	Operacionalização da Decisão no CHUSJ	Responsável	Prazo	Estado	Ponto de situação
a) Rever as medidas e/ou procedimentos existentes para avaliação do risco de queda dos utentes e prevenção de sua ocorrência, por forma a que, quer no Serviço de Urgência, quer nos Serviços de Internamento, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados, de forma consentânea com o seu estado de saúde, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designadamente: i. Detalhando as diferentes responsabilidades (nomeadamente de diagnóstico, prevenção, documentação e notificação) e seus destinatários; e ii. Ojetivando as medidas a adotar por todos os profissionais e nos diferentes espaços em que possam ocorrer ou ser presenciadas quedas - incluindo no Serviço de Urgência - (graduação de risco e detalhe das medidas de prevenção a adotar em função dos resultados das avaliações realizadas).	1) Rever o procedimento (N.º2 QSD-PRO-2) que deverá incluir na redefinição das intervenções universais e específicas para redução do risco, adaptadas às características do CHUSJ e áreas de risco (internamento, cirurgia de ambulatório, consultas externas... fatores de risco extrínsecos), e cada tipo de doente (fatores de riscos intrínsecos), fatores anestésicos/cirúrgicos e ajustados à variação de procura. 2) Otimizar a comunicação interna de nova versão do procedimento à uma oportunidade de melhoria, a ser considerada na sua implementação.	Unidade de Qualidade e Segurança do Doente	Fim do ano 2019	Fechado	1) A revisão já está em curso e inclui as áreas mencionadas no ponto 1 com acrescento do Bloco Operatório. De seguida o procedimento será validado por profissionais do CHUSJ e posteriormente para discussão pública antes da aprovação final. 2) A estratégia de comunicação do procedimento final será definida assim que o procedimento for colocado em discussão pública.
b) Rever/repair todos os mecanismos de fecho/abertura das grades de proteção, em todas as camas/macas, e/ou ponderar a necessidade de aquisição de camas/macas com mecanismos mais seguros de fecho/abertura das suas grades de proteção;	1) Reforçar a importância da comunicação de alguma avaria que comprometa o fecho/abertura das camas/macas à respetiva chefe para solicitar o subsequente pedido de reparação. 2) Atender a este requisito técnico nas futuras aquisições das camas.	1) Direção de Serviço/Enfermeiros -chefes 2) Comissão de escolha das camas	1) Outubro 2) Sempre que for solicitada uma compra de camas	Fechado	1) Na reunião de Direção de Enfermagem e reuniões parciais com os Enfermeiros Chefes foi reforçada a mensagem referida no ponto 1). 2) Foi comunicado ao colega do SAP a inclusão do requisito na próxima compra de camas.
c) Rever as medidas e/ou procedimentos em vigor para o registo e comunicação de eventos adversos, incluindo a identificação da cama/maca sempre que a queda ocorra a partir do leito, de modo a sinalizar as camas/macas com mais registo de ocorrência de quedas e proceder à sua substituição/reparação;	1) Reforçar nas Ações de Formação em Gestão do risco e notificação de incidentes e ações de sensibilizações nos Serviços a identificação do nº de inventário de cama nos casos em que for identificado que a mesma foi um contribuinte para a ocorrência de queda.	GRisco	Fim de 2019	Fechado	1) Executado nas sessões de formação: Sessão do 29/11/2019 para GRJ, sessão a 13/12/2019 para profissionais.
d) Garantir, em permanência, através de emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais e, designadamente: i. Ministar aos Assistentes Operacionais formação sobre prevenção de quedas, assistência a doentes não autónomos e delegação de tarefas (incluindo os termos de sua aceitação); e ii. Ministar aos Enfermeiros formação sobre delegação de tarefas nos Assistentes Operacionais	1) Sistematizar esta abordagem no âmbito do programa de "Integração ao Hospital para Assistentes Operacionais", mais especificamente na parte de Gestão do Risco para a segurança do Doente os aspetos relativos à prevenção das quedas e na parte do programa intitulados "Integração na Organização e Regulamento Interno" e "Conceitos Básicos sobre cuidados de saúde" os aspetos sobre a assistência a doentes não autónomos e delegação de tarefas. 2) Sistematizar esta abordagem no âmbito do programa de "Integração ao Hospital para Enfermeiros".	Unidade de Formação	Fim de Outubro de 2019	Fechado Fechado	1) Realizada na sessão de Integração de AD. 2) Realizada a abordagem pretendida na integração dos Enfermeiros, a Sra. Enft. Diretora/Substituta abordaram este assunto que posteriormente é reforçada nas ações de sensibilização para a GRisco.

vi. E-mail institucional com **"INFORMAÇÃO | Atualização do procedimento para a "Prevenção e intervenção na queda em cuidados hospitalares"**, datado de 6 de maio de 2022.

II.7. Do pedido de elementos ao CHVNGE

29. Tendo em conta o alegado pelo CHUSJ na sua resposta de 17 de março de 2023, em 6 de abril de 2023, foi, ainda, remetido um pedido de elementos ao CHVNGE, nos seguintes termos:

“[...]”

*Sucedeu que, em sede de esclarecimentos, o Centro Hospitalar Universitário de S. João, E.P.E. informou que “O doente [MRC] foi recebido pela Urgência Metropolitana de Urologia, **após transferência do CH Vila Nova de Gaia, sem contacto prévio**, verificando-se na informação clínica, acessível via RSE, a presença de hematúria e impossibilidade de algiação, em doente cronicamente algiado.” (negrito e sublinhado nosso).*

Em face do exposto, cumpre solicitar a V. Exas., ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, o envio de todos os elementos documentais e factuais de que disponham, nomeadamente:

1. *Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
2. *Descrevam todas as etapas percorridas pelo utente no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
3. *Enunciem as diligências encetadas pelo Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. no sentido de proceder à transferência do utente para o Centro Hospitalar Universitário de S. João, E.P.E., com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
4. *Remetam cópia dos procedimentos/protocolos em vigor no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. em matéria de transferências hospitalares;*
5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*

30. Em 4 de maio de 2023, o CHVNGE veio aos autos informar o seguinte:

“[...]”

O CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, E.P.E. (CHVNG/E) notificado, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 31 dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, vem informar V. Exas., de acordo com a Direção de Serviço visada, o seguinte:

"Após análise dos registos referentes ao episódio referido, compete ao CHVNG/E enviar as seguintes informações.

Descrição do episódio:

19 de Dezembro de 2021

- *9h12min — Admitido no Serviço de Urgência*
- *9h19min - Triado, segundo protocolo da triagem de Manchester, tendo sido atribuída a prioridade Amarela e encaminhado para a área de Cirurgia Geral (Enfª. [AM]).*
- *9h47min — Registo clínico efetuado por Cirurgia Geral (Drª [JS]), com descrição da situação, procedimentos e orientação.*
- *10h18min — Tentativa de algaliação sem sucesso por hemorragia ativa (Enfª [SS])*
- *13h39min - Registo clínico efetuado por Neurocirurgia (Dr. [PS]) com orientação do ponto de vista neurocirúrgico*
- *14h11 min — Registo clínico efetuado por Cirurgia Geral (Drª [JS]) com documentação de contacto com Urologia do Centro Hospitalar do Porto e aceitação desta da transferência. Informados familiares e pedido transporte.*
- *14h15min — Alta médica, da responsabilidade de Cirurgia Geral, por transferência para o Centro Hospitalar do Porto.*
- *16h05min - Alta administrativa com a nota "alta diferida" (AT [RC]).*
- *17h41min — Efetuado pedido de transporte para o Centro Hospitalar Universitário de S. João (Enfª. [TO]).*

20 de Dezembro de 2021

- 2h27min — Admitido no Serviço de Urgência proveniente do CHUSJ
- 2h32 min — Triado de acordo com o protocolo de triagem de Manchester, tendo sido atribuída a prioridade Branca, por se tratar de uma transferência para o hospital da área de residência (Enfª [MR]). Encaminhado para a Cirurgia Geral.
- 2h57min - Registo clínico efetuado pela Cirurgia Geral (Drª [DP]), com descrição da situação e decidida alta. Protelado contacto com familiares para efetivação de alta de manhã.
- 4h07min — Familiares informam terem sido avisados da transferência do doente após a mesma ter acontecido. Alta médica com recomendações (Drª [DP]).
- 8h23min — Alta administrativa com a nota "alta diferida" (AT [AV]).

O doente [MRC], foi observado no dia 19 de dezembro de 2021 no SU do CHVNG/E por queda não presenciada. Foi avaliado por cirurgia geral tendo sido documentado traumatismo da uretra com hemorragia ativa impossibilitando algaliação.

Após confirmação de condições clínicas para o transporte seguro, foi contactada a Urologia do Centro Hospitalar do Porto que aceitou a transferência do doente.

Existe um desfasamento horário entre a decisão de transporte e a efetivação do pedido. Após audição da Enfª [TO], não foi possível esclarecer o motivo do atraso da efetivação do transporte, bem como a alteração do destino do doente, dada a distância temporal dos acontecimentos.

Regressou a 20 de dezembro de 2021 ao SU do CHVNG/E proveniente do CHUSJ, com informação clínica escrita mas sem contacto prévio.

Por não apresentar necessidade de cuidados hospitalares teve alta para o domicílio com recomendações.

Procedimento de transferência para a urgência metropolitana do Porto de urologia:

- Quando detetada a necessidade de observação urgente/emergente por urologia, o doente é transferido, após contacto com a especialidade para O

CHUSJ no período das 20h-8h. Durante o período das 8h-20h ao fim de semana e feriados o doente é transferido para o CHUP após contacto com a especialidade.

Em anexo envio a documentação do pedido de transporte e os episódios de urgência em causa.”.

31. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o CHVNGE remeteu os seguintes elementos:

- i. Relatório do episódio de urgência do utente MRC, de 19 de dezembro de 2021, de onde consta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

Triagem

Queixa: Queda de 60cm altura (da cama) com exteriorização algália, apresenta dor abdominal e hematuria
 Prioridade: **Amarelo - Urgente**
 FLUXOGRAMA: 47 - Queda
 DISCRIMINADOR: Dor moderada

Necessidades: Cadeira de rodas
 Sinais vitais
 Temperatura timpânica: 36,2 °C
 Glicemia capilar: 234 mg/dL
 Frequência cardíaca: 94 bat/min
 Dor: 7 (0-10)
 Glasgow total: 15
 Glasgow resposta ocular: 4 - Olhos abertos espontaneamente
 Glasgow resposta motora: 6 - Cumpre ordens
 Glasgow resposta verbal: 5 - Discurso coerente e orientado
 Ritmo de pulso: Rítmico

Enfermagem / 09:19h 19-Dez-2021

História da doença actual

86 anos, sexo masculino, trazido ao SU por queda da cama, não presenciada, da qual resultou exteriorização da sonda vesical. Fez paracetamol cerca das 8.00.

AP (do Alert):
 - AVC há +- 4 anos
 - HTA
 - DM tipo 2
 - HBP, algaliado crónico.
 - Demência Senil.

MH (do Alert):
 - AAS 100mg id;
 - Atorvastatina 10mg id;
 - Amlodipina 10mg id;
 - Losartan 100mg id;
 - Finasterida 5mg id;
 - Tansulosina 0.4mg id;
 - Memantina 20mg id;
 - Omeprazol 20mg id;
 - Vigantol 10 gotas/semana.
 Alergias medicamentosas desconhecidas.

EO
 TA = 146/65mmHg; Fc 83bpm
 SpO2 (aa)= 97%
 Vigil. Doente demenciado. Aparentemente confortável.
 Escassa quantidade de sangue na fra/da.
 Palpável globo vesical.
 Sem traumatismos visíveis.
 Sem hematomas ou equimoses aparentes.

Pino
 Algalição
 TC CE

Oropedia / 09:47h 19-Dez-2021

Hemorragia e laceração do meato - impossibilidade de algalição segura.
 Vai ao TC
 A contactar urologia do CHSJ.

(Cirurgia Geral) / 10:12h 19-Dez-2021

»» TC-CE: Hematoma subdural agudo temporal esquerdo, que mede cerca de 5mm de espessura máxima na região anterior e não condiciona significativo efeito de massa.
Sem hidrocefalia, desvio das estruturas da linha média ou conflito espaço no buraco occipital.
Sequelas vasculares interessando a região estriato-capsular e tálamo à direita, bem como o parênquima corticossubcortical parieto-occipital à direita e de ambos os hemisférios cerebelosos.
Lacunas isquémicas antigas nos gânglios da base, na hemi-protuberância direita e no tálamo esquerdo.
Sinais de leucoencefalopatia isquémica crónica. Vias de circulação de líquor permeáveis.
Não se individualizam traços de fractura óssea recente.

(Ortopedia) / 13:23h 19-Dez-2021

Pedida avaliação por neurocirurgia para doente que ao cair da cama teve TCE, mas veio pois tem lesão da uretra por arrancamento da algália.

TC do crânio com minúscula coleção subdural temporal esquerda, sem relevância.

Plano: Por neurocirurgia tem orientação de vigilância em regime domiciliar e retorno ao SU apenas se apresentar deterioração do estado neurológico.

Portanto, por ter lesão uretral que requer cuidados específicos, pode ir a serviço onde há urologia para resolução do problema mais urgente.

(Neurocirurgia) / 13:39h 19-Dez-2021

Contacta-se Urologia do CHP que aceita observação do utente.

Sem necessidade de mais cuidados por C. Geral, neste SU. Recomendações a familiar. Peça transporte.

(Ortopedia) / 14:11h 19-Dez-2021

Alta administrativa

Destino de alta: Alta para outra Instituição / Hospital Geral de Santo António

Responsável:

Estado da alta: Activa

Responsável pela alta administrativa:

Data da alta administrativa: 16:05h 19-Dez-2021

Notas:

alta diferida

/ 16:05h 19-Dez-2021

- ii. Relatório do episódio de urgência do utente MRC, de 20 de dezembro de 2021, de onde consta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

Triagem

Prioridade: Branco - Não classificável

Razão da passagem pela Urgência: Transferência para o hospital da área de residência

Notas: Transferido do Hospital de São João ao cuidado deste hospital

[Redacted] (Enfermagem) / 02:33h 20-Dez-2021

História da doença actual

86 anos, sexo masculino, trazido hoje (19.12) ao SU por queda da cama, não presenciada, da qual resultou exteriorização da sonda vesical.

>Realizou TC-CE que mostrou "hematoma subdural agudo temporal esquerdo, que mede cerca de 5mm de espessura máxima na região anterior e não condiciona significativo efeito de massa"
Observado por Neurocirurgia que refere "Por neurocirurgia tem orientação de vigilância em regime domiciliar e retorno ao SU apenas se apresentar deterioração do estado neurológico.

>Observado por Cirurgia Geral que observou "Hemorragia e laceração do meato - impossibilidade de algaliação segura."
Transferido para o Hospital São João para ser observado por Urologia, que forneceu informação escrita e transferiu o doente SEM CONTACTO PREVIO.
"Objetivamente, doente a urinar espontaneamente urina límpida. Meato hipospádico. Algaliado sem qualquer dificuldade com SV 18Fr 2 vias."

AP (do Alert):

- AVC há +- 4 anos
- HTA.
- DM tipo 2.
- HBP, algaliado crónico.
- Demência Senil.

MH (do Alert):

- AAS 100mg id;
- Atorvastatina 10mg id;
- Amlodipina 10mg id;
- Losartan 100mg id;
- Finasterida 5mg id;
- Tansulosina 0.4mg id;
- Memantina 20mg id;
- Omeprazol 20mg id;
- Vigantol 10 gotas/semana.

Alergias medicamentosas desconhecidas.

EO:

Vigil. Doente demenciado. Aparentemente confortável.
Abdomen mole e depressível, indolor
Saco colector com urina límpida, sem vestígios hemáticos.

Portanto, doente sem necessidade de cuidados por Cirurgia Geral, já com alta das especialidades que orientam as lesões apresentadas (Urologia e Neurocirurgia)
Protelo contacto de familiares até de manhã

[Redacted] (Cirurgia) / 02:57h 20-Dez-2021

Cuidadora do doente que se encontrava no Hospital São João informada da transferencia do doente após esta ter acontecido.
Explicados sinais de alarme.

Alta

[Redacted] (Cirurgia) / 04:07h 20-Dez-2021

iii. Pedido de Transporte para o utente MRC, com o seguinte teor:

Serviço Requisitante : CHVNG/E Unidade 1 10001-URGENCIA GERAL- Area cirurgica	Tipo : Utente
Destino: Exterior Hospital São João - SU Urologia	
Data Transporte Pretendida: 19/12/2021 17:45	Data Transporte Prevista: [Empty]

Nome: [Redacted]		
NSC: [Redacted]	Episódio: URG [Redacted]	Cama: [Empty]

Tipo de Transporte:

Veículo: Ambulância Tipo A	Acompanhante: Sem Acompanhante	Condição: Maca
Origénio: <input type="checkbox"/>	Tomado 220V: <input type="checkbox"/>	Aspirador: <input type="checkbox"/>
Monitor Sinais Vitais: <input type="checkbox"/>	Oxímetro: <input type="checkbox"/>	Ventilador: <input type="checkbox"/>
DestBriador: <input type="checkbox"/>	Outro: [Empty]	
Justificação: Transporte de Doente Internado para a realização de MCDT ou consulta de especialidade noutro Serviço do CHVNG		

Requisitante:

Requisitante : [Redacted]	Data do Pedido: 19/12/2021 17:41
------------------------------	-------------------------------------

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

32. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS “*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”, sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições “*compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita [à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes*”.
33. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS “*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*” (n.º1), estando, assim, sujeitos “*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas*” (n.º 2).
34. Resulta, pois, inequívoco que o CHUSJ e o CHVNGE são entidades prestadoras de cuidados de saúde inscritas, ademais, no SRER da ERS sob os números de registo acima identificados, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.
35. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos define como objetivos da ERS, para além do mais, o de “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*” (alínea b)), o de “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” (alínea c)) e, bem assim, o de “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*” (alínea d)).
36. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.

37. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que “[p]ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS [a]ssegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”.
38. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, “[a]preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades” (alínea a)) e “[v]erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes” (alínea b)).
39. O objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de “[g]arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade (...)” (alínea c)) e de “[p]ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS” (alínea d)).
40. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir 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” (alínea b)).

41. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
42. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º.
43. Ora, com relevância para os presentes autos de inquérito, importa referir que, nos termos do disposto na alínea b), do n.º 1, do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de (euro) 750 a (euro) 3740,98 ou de (euro) 1000 a (euro) 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: [o] desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º.

III.2. Do enquadramento legal da prestação de cuidados – dos direitos e interesses legítimos dos utentes

44. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente no setor da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.
45. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes.
46. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde.
47. Particularmente, a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e consumidores reduz a capacidade de escolha dos últimos, não lhes sendo fácil

avaliar a qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualidade dos recursos humanos e da prestação a que se submetem quando procuram cuidados de saúde.

48. 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.
49. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
50. 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.
51. No que concerne ao risco não clínico, refira-se que os requisitos de qualidade e segurança no âmbito dos meios complementares de diagnóstico encontram-se igualmente definidos, assegurando uma apropriada organização, técnica e procedimental.
52. 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.
53. 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*.
54. 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 de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.

55. A este respeito encontra-se reconhecido na Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro¹, que aprovou a Lei de Bases da Saúde (LBS), no n.º 1 da Base 2, sob a epígrafe “*Direitos e deveres das pessoas*”, que “*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*”;
56. Norma que é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (“*Adequação da prestação dos cuidados de saúde*”) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, segundo o qual “*O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita*” (n.º 1).
57. Tendo o utente, bem assim, “*(...) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).
58. Estipulando, ainda, o n.º 3 que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*”.
59. 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.
60. Por outro lado, quando na alínea b) do n.º 1 da Base 2 da LBS se afirma que os utentes devem “[...] *aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, [...], de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde*”, tal imposição decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.
61. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter “*redobrado*

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

cuidado de respeitar as pessoas particularmente frágeis pela doença ou pela deficiência”.

62. 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.
63. Na verdade, a relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência em todos os seus aspetos e momentos;
64. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural e estruturante da própria relação criada entre utente e prestador – *cfr.* alínea e) do n.º 1 da Base 2 da LBS (e, também, o n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março) –, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento, quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico.
65. A informação transmitida ao utente deve ser verdadeira, completa, transparente, acessível e inteligível pelo seu destinatário concreto – *cfr.* artigo 5.º da Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina², artigo 157.º do Código Penal e, hoje, artigo 7.º, n.º 2 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
66. Só assim se logrará obter a referida transparência na relação entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.
67. *A contrario*, a veiculação de uma qualquer informação errónea, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar por parte do prestador, são suficientes para comprometer a exigida transparência da relação entre este e o seu utente, para além de facilitar ou causar lesões de direitos e interesses (patrimoniais e não patrimoniais) dos utentes.
68. 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.

² Celebrada, no âmbito do Conselho da Europa, em 4 de abril de 1997; aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, publicada no Diário da República, I Série-A, n.º 2/2001; e ratificada pelo Decreto do Presidente da República, n.º 1/2001, de 20 de fevereiro, de 3 de janeiro, publicado no Diário da República, I Série A, n.º 2/2001.

69. Em especial, devem ser observadas as regras constantes das Orientações da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012 e n.º 025/2012, de 30 de julho e 19 de dezembro de 2012, referentes à *Análise de Incidentes e de Eventos Adversos* e ao *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*, respetivamente, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2022, de 19 de dezembro de 2022, referente à *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*.
70. Tais procedimentos constituem instrumentos eficazes para deteção de eventos adversos e para estimular a reflexão e o estudo sobre os mesmos, por forma a determinar a alteração de comportamentos e a correção e retificação de erros, em prol da qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados de saúde a prestar aos utentes.

III.4. Do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

71. De acordo com o preâmbulo do Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, que aprovou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), “*A experiência resultante da execução do PNSD 2015 -2020, bem como a sua avaliação foram fatores determinantes na elaboração do novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026), que assentou numa metodologia participativa de auscultação de peritos e parceiros nacionais e internacionais. Este plano reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores.*”;
72. Dessa forma, “*O PNSD 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.*”.

73. O PNSD 2021-2026 encontra-se estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos. Os pilares estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente, nos quais se integram objetivos estratégicos, cujas metas são alcançadas pela implementação das ações definidas no referido Plano.
74. No que respeita à prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente (Pilar n.º 4 do PNSD 2021-2026), o referido Plano recomenda o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador:

Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança	
<p>Objetivo Estratégico 4.1 Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA.</p>	<p>Ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, no sistema NOTIFICA, de farmacovigilância e hemovigilância, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores; b) Integração da notificação de incidentes de segurança no NOTIFICA nas metas de contratualização das instituições de saúde; c) Publicar, divulgar e implementar o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador. <p>Metas 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> 70 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS com a inclusão da notificação de incidentes de segurança do doente nas metas de contratualização; Publicação do enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador; Aumentar em 20 % a notificação de incidentes de segurança.
<p>Objetivo Estratégico 4.2 Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA.</p>	<p>Ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Otimização do NOTIFICA, enquanto plataforma nacional de notificação de incidentes de segurança do doente; b) Desenvolvimento de um módulo de auditoria das práticas seguras no NOTIFICA; c) Implementação de ferramentas e procedimentos para a monitorização e <i>feedback</i> do incidente de segurança aos profissionais e cidadãos. <p>Metas 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> 100 % do desenvolvimento da versão otimizada do NOTIFICA.
Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança	
	<p>Metas 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> 100 % de consecução das metas de desenvolvimento do módulo de auditoria e de monitorização e <i>feedback</i> dos incidentes de segurança reportados no NOTIFICA, aos profissionais de saúde e cidadãos.

75. Já o Pilar n.º 5 do PNSD 2021-2026 – “Práticas seguras em ambientes seguros” – prevê, de entre outros objetivos estratégicos, a *i)* implementação e a consolidação

de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde e a ii) monitorização da implementação de práticas seguras.

76. No que respeita ao primeiro objetivo estratégico estão previstas, no PNSD 2021-2026, as seguintes ações:

“[...]”

- a) *Promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica;*
- b) *Uniformização da utilização de ferramentas de monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados nos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio.”*

77. Já quanto ao segundo objetivo estratégico *supra* enunciado, estão previstas as seguintes ações:

“[...]”

- a) *Atualização dos normativos no âmbito da segurança do doente;*
- b) *Auditar, anualmente, as práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, e segurança da medicação [...]”*.

III.4. Do Sistema de Triagem de Manchester

III.4.A. Do Protocolo de Triagem de Manchester

78. 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.*”

79. 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.

80. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico³:

*“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 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.*

³ <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

Fluxograma

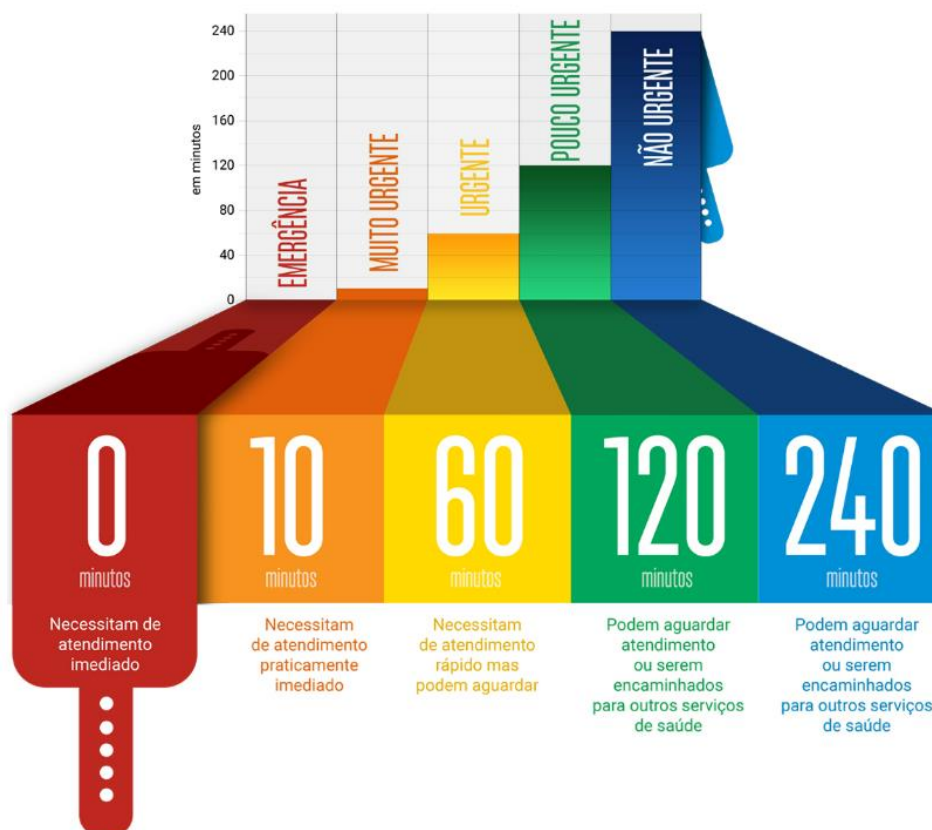


Os discriminadores permitem a inclusão dos doentes numa das **cinco prioridades clínicas**, e podem ser gerais ou específicos.

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 Triagem no seu sítio eletrónico.

III.4.B. Da Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção-Geral da Saúde

81. Assim, a Direção-Geral da Saúde (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 Scale 1.*

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 respectivo hospital até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral da Saúde e Ordem dos Médicos.

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

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

[...]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Sempre que a família/acompanhante o solicite.

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

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

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

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

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

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

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

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

24. As unidades de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, integram no relatório anual de atividades desenvolvidas no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e enviado à Direção-Geral da Saúde,

através do Departamento da Qualidade na Saúde, a avaliação da implementação do sistema de triagem realizada trimestralmente, bem como as ações de melhoria implementadas, posteriormente analisadas conjuntamente com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros.

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

a) Demora média para triagem;

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

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

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

III.5. Da transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

82. Da experiência regulatória e de supervisão da ERS resulta que parte significativa dos constrangimentos ao direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde está relacionada com o processo de transferência inter-hospitalar de utentes, como sucede, aliás, no caso em apreço.
83. Por esse motivo, ao abrigo dos poderes de regulamentação da ERS, o seu Conselho de Administração aprovou o Regulamento n.º 964/2020 (doravante Regulamento) - publicado em Diário da República no dia 3 de novembro de 2020 (2.ª Série, n.º 214, páginas 115 a 121) -, que “*estabelece as regras aplicáveis ao processo de transferência de utentes e define os mecanismos organizacionais que possibilitam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*” (artigo 1.º).
84. Conforme se pode ler no seu preâmbulo, o aludido Regulamento visa “*harmonizar os procedimentos existentes em matéria de transferência de utentes, através da instituição de um conjunto de regras, de cariz imperativo, que estabeleçam uma disciplina geral sobre os princípios, obrigações e boas práticas subjacentes ao*

processo de transferência de utentes e, bem assim, definir as condições de organização, coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”.

85. Na verdade, *“a opção pela aprovação de um regulamento com eficácia externa [permite] fixar as regras mínimas a observar sempre que ocorre uma transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conferindo, dessa forma, maior certeza e segurança a todos os intervenientes na sua concretização e, conseqüentemente, maior proteção aos direitos dos utentes”* – Cfr. Preâmbulo do aludido Regulamento.
86. Uma vez que o referido Regulamento já se encontrava em vigor à data dos factos em apreciação *in casu*, justifica-se a sua abordagem autónoma no presente projeto de deliberação, tendo em conta a atuação regulatória e de supervisão que, *a final*, se propõe adotar.
87. Por ser assim, importa fazer referência as regras estabelecidas naquele Regulamento que assumem especial acuidade no caso ora em análise.
88. Em primeiro lugar, importa sublinhar que *“as regras e princípios constantes do [...] regulamento são aplicáveis a todas as transferências físicas de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, sempre que as mesmas determinem uma transmissão de responsabilidade, temporária ou definitiva, sobre os cuidados de saúde a prestar, nomeadamente: a) [a]s transferências no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes; b) [a]s transferências no decurso de situações de agudização do estado de saúde de utentes internados; c) [a]s transferências programadas para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade.”* (artigo 2.º, n.º 1 do Regulamento).
89. Em segundo lugar, impõe-se esclarecer que *“[a] decisão de transferência de utentes é um ato médico, devendo ser fundamentada e tomada sempre que se verifiquem pelo menos duas das seguintes situações: a) [a] condição clínica do utente o justifique; b) [d]ecorra de pedido expresso do utente; c) [d]a mesma resulte um benefício para o utente”* (n.º 1 do artigo 7.º do Regulamento).
90. Em concretização do disposto no n.º 1, o n.º 2 daquele artigo 7.º esclarece que *“(...) o estabelecimento de origem deve ponderar: a) [o]s benefícios da*

transferência para a condição clínica do utente, bem como os riscos associados ao transporte; b) [a]s potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do utente”.

91. É que, como sinaliza o n.º 3 do artigo 7.º do Regulamento, “[a] decisão de transferência do utente, a escolha da equipa de acompanhamento e do meio de transporte são da responsabilidade do estabelecimento de origem, devendo ser aptas a garantir a integração, qualidade e continuidade do nível de cuidados de saúde”.
92. Em suma, como muito bem sintetiza o n.º 2 do artigo 6.º do Regulamento, “[o] procedimento de transferência de utentes deve ter por base a articulação entre os diversos níveis e tipos de cuidados, numa lógica de complementaridade entre as entidades que integram o sistema de saúde”.
93. Em terceiro lugar, interessa fazer notar que o mencionado Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem⁴ (artigo 4.º) e do estabelecimento de destino⁵ (artigo 5.º).
94. Assim, compete, desde logo, ao estabelecimento de origem “[e]stabelecer um contacto prévio [preferencialmente telefónico] com o responsável do estabelecimento de destino, descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente” – Cfr. Artigos 4.º, alínea b) e 8.º, n.º 1 do Regulamento.
95. Devendo, ademais, “ser devidamente registada no processo clínico do utente a identificação dos responsáveis na origem e no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado nos termos do n.º 1, bem como a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente” – Cfr. Artigo 8.º, n.º 2 do Regulamento.
96. Ora, além das razões da transferência, o estabelecimento de origem tem ainda a obrigação de esclarecer, entre outros, o utente e o seu acompanhante, sobre os

⁴ Isto é, “o estabelecimento prestador de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo ou social onde é elaborado o primeiro plano de cuidados ao utente perante determinada necessidade concreta de prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea c) do artigo 3.º do Regulamento.

⁵ Ou seja, o “estabelecimento prestador de cuidados de saúde do sector público, privado, cooperativo ou social para onde é transferido o utente para continuação da prestação de cuidados de saúde” – Cfr. Alínea d) do artigo 3.º do Regulamento.

termos em que a continuidade da prestação de cuidados de saúde fica garantida no estabelecimento de destino – Cfr. Artigo 12.º, n.º 1 do Regulamento.

97. Para efeitos de operacionalização da transferência, o estabelecimento de origem, sempre que possível antes de a mesma ser concretizada, deverá obrigatoriamente comunicar, entre outros, ao utente e ao acompanhante, através de contacto pessoal ou telefónico, a necessidade daquela transferência e a identificação do estabelecimento de destino, devendo todas estas comunicações ficar registadas no processo clínico do utente – Cfr. Artigo 12.º, n.º 2 e 3 do Regulamento.
98. Compete, ademais, ao estabelecimento de origem “c) [g]arantir a preparação atempada do processo de transferência e supervisionar o envio do relatório clínico do utente, devidamente instruído, para o estabelecimento de destino, incluindo imagem em registo digital; d) [t]ransferir o utente para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, com a respetiva carta de acompanhamento⁶ da transferência, a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de fatores de risco acrescido e, quando aplicável, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, que permita ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde; e) [a] coordenação e a responsabilidade operacional pela transferência do utente, incluindo a garantia de transporte que permita a sua concretização; f) [a]ssegurar a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, em tempo útil e adequado a garantir a integração, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, e que o transporte se faça com utilização dos recursos humanos e materiais necessários (...)” – Cfr. Artigos 4.º, alíneas c) a f) e 11.º do Regulamento.
99. Por ser assim, o estabelecimento de origem, além do planeamento do transporte de acordo com o estado clínico do utente, deve, ainda, “(...) garantir, em permanência, a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da

⁶ Quer dizer, “o documento onde consta a ordem de transferência do utente, o motivo subjacente à transferência, a informação relativa à situação clínica do utente (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar), o estabelecimento de destino, o ponto de contacto no estabelecimento de destino responsável pela aceitação da transferência, o tipo de transporte, a designação do pessoal e equipamentos necessários, as terapêuticas que devam ser asseguradas durante o transporte e a identificação do responsável no estabelecimento de origem” – Cfr. Alínea a) do artigo 3.º do Regulamento.

transferência, incluindo equipa de acompanhamento adequada à situação clínica do utente, de modo a não colocar em causa o acesso em tempo útil, a integração, a continuidade e o nível e qualidade dos cuidados de saúde prestados, devendo igualmente ser salvaguardada a dignidade dos utentes, designadamente daqueles em situações de maior vulnerabilidade, cuja condição clínica não se compadeça com elevados tempos de espera” – Cfr. Artigo 9.º, n.ºs 1 e 4 do Regulamento.

100. O transporte do utente fica, pois, “(...) a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento de entrega do utente ao responsável clínico do estabelecimento de destino” – Cfr. Artigo 9.º, n.º 5 do Regulamento.
101. Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: “a) [r]eceber o utente de acordo com o que tiver ficado estabelecido no contacto prévio com o responsável do estabelecimento de origem, efetuado nos termos do disposto no artigo 8.º; b) [a]bster -se de adotar qualquer comportamento que dificulte o regular funcionamento das redes de referência hospitalar instituídas no âmbito do SNS; c) [g]arantir, em tempo útil, a continuidade e nível dos cuidados de saúde necessários e adequados à situação específica do utente; d) [a]ssegurar a disponibilidade de condições físicas, técnicas e humanas à prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessite.” – Cfr. Artigo 5.º do Regulamento.
102. Uma nota final para sublinhar que, como adverte o artigo 13.º do Regulamento, “[a] violação do disposto no presente regulamento é sancionável nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º, ex vi do artigo 17.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto –Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto”.

IV. ANÁLISE

103. Atentos os elementos trazidos ao conhecimento da ERS, que indiciam a existência de constrangimentos ao nível de procedimentos de (i) triagem, (ii) prevenção e avaliação do risco de quedas, (iii) informação à família, no âmbito do direito ao acompanhamento e (iv) transferências hospitalares, justifica-se que a análise da presente situação seja dividida nos seguintes termos:

(i) Dos procedimentos de triagem levados a cabo pelo CHUSJ

104. Face à factualidade apurada nos autos é possível, desde logo, concluir não ter sido garantida a tempestividade da assistência clínica prestada aos utentes MS, JS e AM pelo CHUSJ, nas situações em análise nos autos.
105. De facto, conforme decorre da informação remetida pelo prestador, a utente **MS** deu entrada no serviço de urgência do CHUSJ no dia 11 de outubro de 2021, pelas 20h15m, tendo sido triada às **20h32m**, com pulseira Laranja, correspondente à prioridade clínica **Muito Urgente**;
106. Sendo que, tal como acima se deu conta, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, o tempo alvo de atendimento seria de 10 minutos, o que não se verificou, porquanto a utente só foi avaliada pelas **22h59m**, cerca de 2h30m após ter sido admitida no serviço de urgência (SU) do prestador.
107. Também no caso do utente **JS** se constatou que, após admissão no SU do CHUSJ, o mesmo foi triado às **12h53m**, de dia 29 de novembro de 2021, sendo-lhe atribuída pulseira Laranja, correspondente a prioridade clínica **Muito Urgente**;
108. No entanto, a primeira observação médica do utente ocorreu às **14h07m**, mais de 1h após a triagem e depois de ultrapassado o tempo alvo de atendimento de 10 minutos.
109. Por fim, pese embora tenha sido, também, triado com prioridade Laranja/ **Muito Urgente**, pelas **13h30m** de dia 16 de abril de 2022, o utente **AM**, apenas foi observado pelas **15h57m**, decorridas mais de 2h do tempo alvo de atendimento previsto para a sua prioridade clínica.
110. Resulta, pois, inequívoca uma clara ultrapassagem dos tempos alvo de atendimento dos utentes MS, JS e AM, os quais não foram sujeitos a retriagem, o que se revelava atuação obrigatória após ultrapassado o tempo alvo para observação clínica, de 10 minutos;
111. Na verdade, conforme resulta do n.º 15 da Norma n.º 2/2018, de 9 de janeiro, da Direção-Geral da Saúde, “(...) *a implementação da triagem deve prever a retriagem/reavaliação da pessoa, definida a nível da unidade de saúde: a) Quando o tempo de espera excede o limite previsto; b) *De acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde*; c) *Sempre que a família/acompanhante o solicite.*” (sublinhado nosso).*
112. **Pelo exposto, constata-se que a conduta do CHUSJ, relativamente às situações ora analisadas, não se revelou suficiente à cautela dos direitos e**

interesses legítimos dos utentes, na medida em que o prestador não acautelou o devido acompanhamento dos mesmos, em prol de uma prestação de cuidados de saúde integrada e tempestiva.

113. Neste âmbito, recorde-se que o CHUSJ foi já objeto de uma intervenção regulatória da ERS;
114. Com efeito, em 31 de julho de 2020, e no âmbito do processo de inquérito registado sob o n.º ERS/042/2019, o Conselho de Administração desta Entidade Reguladora emitiu uma instrução ao CHUSJ que, especificamente, determinava o dever de “[a]dotar os procedimentos internos necessários para garantir que os cuidados de saúde [...] são prestados a utentes com características que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas (nomeadamente, pelo tipo de patologia, idade ou especial vulnerabilidade), não os sujeitando a períodos de espera excessivamente longos para realização de tratamentos e procedendo à sua retriagem sempre que excedido o tempo alvo de atendimento fixado pelo Sistema de Triagem de Manchester, conforme disposto na Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção Geral da Saúde” (sublinhado nosso).
115. Pelo que, tendo presente os factos apurados nos presentes autos, sempre cumprirá reforçar a instrução já emitida ao prestador no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/042/2019, sem prejuízo da abertura, a *final*, do competente processo contraordenacional por desrespeito de norma ou de decisão da ERS, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º, *ex vi* da alínea b) do artigo 19.º, ambos dos Estatutos da ERS.

(ii) Dos procedimentos de prevenção e avaliação do risco de quedas levados a cabo pelo CHUSJ

116. Das diligências encetadas nos presentes autos resultou, ainda, apurada a existência de uma “*queda accidental do cadeirão*” da utente MC, no dia 13 de outubro de 2021;
117. Tendo o CHUSJ esclarecido, a este respeito, que no “*Serviço de Urgência é efetuada uma análise sumária da condição clínica do doente no sentido de poderem ser adotadas medidas de prevenção.*”

Atualmente, a avaliação desse risco inicia-se na triagem, havendo a possibilidade de o assinalar no sistema informático (JOne), como forma de alerta para todos os

profissionais das áreas clínicas, mecanismo este não existente à data do episódio de Serviço de Urgência em apreço.”.

118. De onde decorre que, no dia em causa e na situação em análise, a utente MC não foi sujeita a qualquer avaliação de risco de queda pelo prestador, não obstante o CHUSJ já se encontrar sensibilizado para esta matéria, por via da instrução emitida pela ERS, no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/005/2019;
119. De facto, por deliberação do Conselho de Administração da ERS, de 1 de agosto de 2019, foi o CHUSJ instruído, no sentido de:

“[...]”

- a) Rever as medidas e/ou procedimentos existentes para avaliação do risco de queda dos utentes e prevenção da sua ocorrência, por forma a que, quer no Serviço de Urgência, quer nos Serviços de Internamento, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados, de forma consentânea com o seu estado de saúde, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designadamente:*
- i. Detalhando as diferentes responsabilidades (nomeadamente de diagnóstico, prevenção, documentação e notificação) e seus destinatários; e*
 - ii. Objetivando as medidas a adotar por todos os profissionais e nos diferentes espaços em que possam ocorrer ou ser presenciadas quedas – incluindo no Serviço de Urgência – (graduação de risco e detalhe das medidas de prevenção a adotar em função dos resultados das avaliações realizadas).*
- b) Rever/reparar todos os mecanismos de fecho/abertura das grades de proteção, em todas as camas/macacões, e/ou ponderar a necessidade de aquisição de camas/macacões com mecanismos mais seguros de fecho/abertura das suas grades de proteção;*
- c) Rever as medidas e/ou procedimentos em vigor para o registo e comunicação de eventos adversos, incluindo a identificação da cama/macacão sempre que a queda ocorra a partir do leito, de modo a sinalizar as camas/macacões com mais registos da ocorrência de quedas e proceder à sua substituição/reparação;*

d) *Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais e, designadamente:*

i. *Ministrar aos Assistentes Operacionais formação sobre prevenção de quedas, assistência a doentes não autónomos e delegação de tarefas (incluindo os termos da sua aceitação); e*

ii. *Ministrar aos Enfermeiros formação sobre delegação de tarefas nos Assistentes Operacionais. [...]*”.

120. E, ainda que, à data da ocorrência de queda da utente MC, a referida instrução se encontrasse em fase de implementação pelo prestador (*cf.* plano de ação melhor descrito no ponto 28. v) da parte II - “*DOS FACTOS*” da presente deliberação), certo é que os procedimentos empregues pelo CHUSJ, na situação em análise, não se revelaram suficientes ao cumprimento do dever de prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, que lhe era imposto.

121. No entanto, neste particular contexto, revela-se desnecessário reiterar a instrução anteriormente emitida no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/005/2019, na medida em que foi alcançado o seu conteúdo material, através da aprovação, em 5 de maio de 2022, do procedimento sobre “*Prevenção e intervenção na queda em cuidados hospitalares*”, cuja execução foi, de resto, acompanhada pela ERS, no âmbito do processo de monitorização n.º PMT/007/2019.

(iii) Dos procedimentos de informação à família, no âmbito do direito ao acompanhamento

122. Já no que concerne à salvaguarda da efetividade do direito ao acompanhamento dos utentes MS, MC, JS, MRC e AM, em boa verdade se diga que a existência de cinco reclamações visando a mesma entidade, no essencial, por factos idênticos e, mais do que isso, num hiato temporal bastante curto é, em si mesmo, um indício claro da existência de um constrangimento no CHUSJ que impõe a intervenção regulatória da ERS.

123. De facto, ainda que, nos casos dos utentes **MS, MC, JS e AM**, tenha sido cumprido o procedimento de comunicação das transferências inter-hospitalares às famílias dos utentes – o que é corroborado pelos registos constantes dos respetivos processos clínicos;

124. Certo é que, conforme admite o próprio prestador, tal não obviou a que existisse um desfasamento temporal entre a(s) comunicação(ões) efetuada(s) à família e o efetivo transporte do(s) utente(s), não tendo tal informação sido objeto de qualquer atualização pelo prestador, assim se constringendo um efetivo exercício das prerrogativas ínsitas ao direito ao acompanhamento e, conseqüentemente, à humanização dos cuidados prestados.
125. Facto, de resto, assumido pelo CHUSJ, ao reconhecer que no caso dos utentes MS e JS, *“é de facto excessivo o lapso de tempo que medeia entre a solicitação do transporte e a sua efetivação. [...] No que reporta à informação aos familiares conseguiu apurar-se não ter havido falha na informação de transferência dos utentes, embora merecesse ter havido novo contacto nas situações de mais demora [...]”*;
126. O que se estende ao caso do utente AM, cuja família terá sido informada, no dia 17 de abril de 2022, de uma transferência que apenas se concretizou dois dias depois!
127. Com tal omissão, o CHUSJ incumpriu o disposto nos artigos 15.º, n.º 1 e 22.º, n.º 1 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, ao não garantir o exercício do direito ao acompanhamento estatuído nos mencionados preceitos legais.
128. Importando, por isso, que o prestador adote os procedimentos necessários a mitigar os constrangimentos evidenciados nas reclamações em causa nos autos, no que especificamente se refere ao direito de acompanhamento dos utentes, e em especial do direito dos acompanhantes a serem devidamente informados, em tempo razoável, sobre a situação dos doentes, nas diferentes fases do atendimento, incluindo nas situações de transferência hospitalar.

(iv) Dos procedimentos em matéria de transferências hospitalares

129. Neste ponto, cumpre, antes de mais, detalhar a factualidade apurada no que respeita ao percurso do utente **MRC** no CHVNGE e no CHUSJ. Assim:
- a) O utente MRC deu entrada no SU do CHVNGE pelas 09h12m de dia 19 de dezembro de 2021, tendo sido triado às 09h19m, com pulseira Amarela (prioridade Urgente);
 - b) Pelas 09h47m, o utente foi sujeito a primeira observação médica e pelas 10h12m, a médica que assistiu o doente constatou a existência de *“[h]emorragia e laceração do meato - impossibilidade de algaliação*

segura”, tendo solicitado o MCDT necessário (TAC) e previu “*contactar urologia do CHSJ*”;

- c) Pelas 14h11m, a médica que assistiu o utente “**Contact[ou] Urologia do CHP que aceita observação do utente**”, pelo que “*Pe[diu] transporte*”;
 - d) O utente teve “*Alta para outra Instituição / **Hospital Geral de Santo António***”, pelas 16h05m;
 - e) Pelas 17h41m foi requisitado “*Transporte Normal*” para o utente MRC, com destino ao “*Exterior **Hospital São João - SU Urologia***”;
 - f) O utente foi, então, admitido no SU do CHUSJ no dia 19 de dezembro de 2021, pelas 19h00m;
 - g) Foi observado pelas 22h33m, constando do Relatório de Alta junto aos autos pelo CHUSJ – “**Doente transferido sem contacto prévio** com a *informação clínica de hematúria e impossibilidade de algaliação em doente cronicamente algaliado. [...] Algaliado sem qualquer dificuldade com SV 18Fr 2 vias.*
- Regressa ao hospital de origem**” (sublinhado nosso);
- h) O utente teve alta do CHUSJ com destino “*Outro Hospital Ch De Vila Nova De Gaia*” pelas 22h34m do referido dia 19 de dezembro de 2021;
 - i) Pelas 02h27m de dia 20 de dezembro de 2021, o utente MRC deu novamente entrada no SU do CHVNGE, tendo sido triado com pulseira Branca, por ter sido “[t]ransferido do Hospital de São João ao cuidado deste hospital”;
 - j) Uma vez que o utente não tinha “*necessidade de cuidados por Cirurgia Geral, já com alta das especialidades que orientam as lesões apresentadas (Urologia e Neurocirurgia)*”, foi protelado o contacto com a família para a manhã seguinte, para ser dada alta ao utente;
 - k) O utente MRC teve, finalmente, “*Alta para o Domicílio*” pelas 8h23m de dia 20 de dezembro de 2021.

130. Da análise da factualidade *supra* enunciada é possível constatar a existência, *in casu*, de duas transferências inter-hospitalares: no dia 19 de dezembro de 2021, o

utente foi transferido do CHVNGE para o CHSUJ e, também no mesmo dia, transferido do CHUSJ para o hospital de origem (CHVNGE).

131. Sendo certo que, na situação em análise, quer o CHVNGE, quer o CHUSJ incumpriram princípios básicos de diligência no processo de transferência do utente MRC.
132. Ora, relativamente à primeira transferência, resulta, desde logo, que o CHVNGE realizou, efetivamente, um contacto prévio com o estabelecimento de destino que, de acordo com o “[p]rocedimento de transferência para a urgência metropolitana do Porto de urologia” referido pelo prestador, seria, “[d]urante o período das 8h-20h ao fim de semana e feriados”, o **Centro Hospitalar Universitário do Porto, EP.E. (CHUP)**;
133. No entanto, à revelia desse mesmo contacto – realizado às 14h11m de dia 19 de dezembro de 2021 (*i.e.* um domingo) – e do que aí ficou acordado quanto à continuidade de cuidados a prestar pela valência de urologia, o CHVNGE acabou por transferir o utente, não para o hospital previamente contactado – o CHUP –, mas para o **CHUSJ**.
134. Ora, o facto do CHVNGE ter procedido a um contacto prévio com uma instituição, mas ter transferido o utente para outra neutraliza toda a bondade e intuito do contacto previamente estabelecido, que é o de garantir a capacidade de resposta da instituição de destino;
135. Sendo que, com tal conduta, o CHVNGE impediu o CHUSJ de estar devidamente capacitado para receber o utente MRC, por não ter sido previamente contactado pelo primeiro com a apresentação dos “[m]otivos e benefícios da transferência”, do “[q]uadro clínico do utente, incluindo formulações de diagnóstico e prognóstico” e para confirmação da “disponibilidade de recursos para receber o utente” (*cfr.* Alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 8.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro).
136. O que, além de manifestamente contrário ao “[p]rocedimento de transferência para a urgência metropolitana do Porto de urologia” instituído no CHVNGE, viola, de forma grosseira, o Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, sobre transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

137. Em face do exposto, justifica-se, pois, a atuação regulatória adiante descrita quanto a este prestador, importando sublinhar que, por força do incumprimento, pelo CHVNGE, da alínea b) do artigo 4.º e n.º 1 e 2 do artigo 8.º do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, deverá também, *a final*, ser determinada a abertura do competente processo contraordenacional (*cf.* artigo 13.º do mencionado Regulamento).
138. Já no que respeita à segunda transferência em causa nos autos (de regresso do utente MRC ao CHVNGE), sempre se dirá que, também, o CHUSJ determinou proceder à transferência do utente sem previamente contactar o estabelecimento de destino (CHVNGE), não confirmando, ademais, a disponibilidade de recursos deste para recebê-lo.
139. Sendo certo que, em resposta ao pedido de elementos da ERS, o CHUSJ informou que, de acordo com os procedimentos internamento instituídos, no caso de *“regresso imediato a urgência de origem após parecer clínico, é realizado contacto com a mesma para continuação de cuidados”*;
140. O que, de resto, também resulta do conjunto de obrigações previstas no Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro, que impendiam sobre o CHUSJ, na qualidade de estabelecimento de origem, nomeadamente a de *“[e]stabelecer um contacto prévio com o responsável do estabelecimento de destino, descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente (...)”* (*cf.* artigo 4.º, alínea b) do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro);
141. No entanto, o CHUSJ não logrou carrear para os autos elementos documentais, designadamente registos clínicos, que comprovem a existência do referido contacto prévio, a identificação do responsável do CHVNGE que terá sido contactado e concordado com a mencionada transferência, nem a identificação do profissional que efetivou o transporte do utente MRC;
142. O que é igualmente corroborado pelo CHVNGE, que sinalizou que o utente MRC *“[r]egressou a 20 de dezembro de 2021 ao SU do CHVNG/E proveniente do CHUSJ, com informação clínica escrita mas sem contacto prévio”*.
143. Acresce que, ficou demonstrado – não só porque não foi afastado pelo prestador, como foi corroborado pela reclamação apresentada por BC e pelo registo constante do relatório do episódio de urgência do utente no CHVNGE

(“[c]uidadora do doente que se encontrava no Hospital São João [foi] informada da transferência do doente após esta ter acontecido”) – que o CHUSJ não logrou transmitir ao familiar designado para efeitos de direito ao acompanhamento do utente MRC a transferência para o CHVNGE.

144. Obrigação que, como vimos, também impendia sobre o CHUSJ, nos termos da alínea a) do artigo 4.º do Regulamento da ERS n.º 964/2020, de 3 de novembro – de “[i]nformar os acompanhantes devidamente registados sobre as razões da transferência para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, devendo tal informação ficar registada no processo clínico do utente, nos termos
145. Donde, ao atuar nos termos *supra* descritos, o CHUSJ incumpriu o disposto nas alíneas a) e b) do artigo 4.º, nos n.º 1 e 2 do artigo 8.º e no artigo 12.º do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, o que será, obviamente, considerado na instrução a emitir e, bem assim, no âmbito do processo contraordenacional cuja abertura, *a final*, será determinada (*cf.* artigo 13.º do mencionado regulamento e artigo 61.º, n.º 1, alínea b) dos Estatutos da ERS).
146. Em face de tudo quanto exposto, impõe-se uma intervenção regulatória da ERS, nos termos *infra* delineados.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

147. 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 pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o CHUSJ, o CHVNGE e os reclamantes PV, PS, CS, BC e DF, por ofícios datados de 13 de julho de 2023.
148. Decorrido o prazo legal concedido para o efeito, os interessados não se pronunciaram sobre o teor do projeto de deliberação da ERS, pelo que este deve ser integralmente mantido.

VI. DECISÃO

149. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2

do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar Universitário de S. João, E.P.E., no sentido de:

- (i) Adotar os procedimentos internos necessários para garantir que os cuidados de saúde são prestados a utentes com características que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas (nomeadamente, pelo tipo de patologia, idade ou especial vulnerabilidade), não os sujeitando a períodos de espera excessivamente longos para realização de tratamentos e procedendo à sua retriagem sempre que excedido o tempo alvo de atendimento fixado pelo Sistema de Triagem de Manchester, conforme disposto na Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro de 2018, da Direção-Geral da Saúde;
- (ii) Adotar procedimentos aptos a garantir o direito ao acompanhamento do utente dos serviços de saúde, em especial no que se refere ao direito dos acompanhantes a serem devidamente informados, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com o disposto na alínea h) do n.º 1 da Base 2 da LBS, nos artigos 12.º a 15.º e 19.º a 23.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (iii) Adotar procedimentos e/ou normas internas aptas a garantir a continuidade dos cuidados e dos tratamentos prestados, em especial quanto à forma como deve ser operada a transferência (inter e intrahospitalar) de utentes, nos termos do disposto na alínea b) da Base 2 da LBS, dos n.ºs 1 e 2 do artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro;
- (iv) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos adotados para cumprimento da presente instrução, sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;

- (v) 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.
150. Mais se propõe ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E., no sentido de:
- (i) Adotar procedimentos e/ou normas internas aptas a garantir a continuidade dos cuidados e dos tratamentos prestados, em especial quanto à forma como deve ser operada a transferência (inter e intrahospitalar) de utentes, nos termos do disposto na alínea b) da Base 2 da LBS, dos n.ºs 1 e 2 do artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro;
 - (ii) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos adotados para cumprimento da presente instrução, sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
 - (iii) 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.
151. As instruções emitidas constituem decisões da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos respetivos Estatutos configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.
152. A presente deliberação será publicada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 24 de agosto de 2023.



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

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2023

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).