



DELIBERAÇÕES

15 DE JANEIRO DE 2026

ERS/064/2025



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

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/064/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A ERS tomou conhecimento, em 9 de abril de 2025, da reclamação subscrita por JB, visando a atuação do Hospital CUF Descobertas, S.A., entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 13594.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuído o número REC/36505/2025, a reclamante refere, em suma, ter sido realizado um procedimento cirúrgico no pé errado da sua filha, a utente MB.
3. Com efeito, refere a exponente que a utente MB *“foi internada com o objetivo de ser operada aos dois pés, com correção de joanetes em ambos, sendo que no pé esquerdo estava também prevista uma intervenção adicional relativa a um osso saliente na lateral do pé, claramente visível e previamente identificado em consulta. [...] Contudo, após a cirurgia, fomos nós (pais da menor) a identificar que a intervenção adicional foi realizada no pé direito em vez do pé esquerdo [...]”*.
4. 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 24 de julho de 2025, à abertura do presente processo de inquérito.

I.2 Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as diligências consubstanciadas em:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao Hospital CUF Descobertas, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a entidade Hospital CUF Descobertas, S.A., registada no SRER da ERS sob o n.º 13594;
 - (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à reclamante JB, em 29 de julho de 2025;
 - (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito à entidade Hospital CUF Descobertas, S.A., 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 29 de julho de 2025 e receção da respetiva resposta em 18 e 20 de agosto de 2025.

II. DOS FACTOS

6. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente JB na sua reclamação, subscrita em 5 de abril de 2025:

“Venho por este meio apresentar uma reclamação formal relativamente a procedimento cirúrgico realizado dia 4 de abril de 2025, às 15h13 à minha filha de 10 anos, [MB] neste hospital, sob a responsabilidade do Exmo. Dr. [FS].

A minha filha foi internada com o objetivo de ser operada aos dois pés, com correção de joanetes em ambos, sendo que no pé esquerdo estava também prevista uma intervenção adicional relativa a um osso saliente na lateral do pé, claramente visível e previamente identificado em consulta.

Este plano cirúrgico foi reiteradamente comunicado à equipa hospitalar, incluindo à auxiliar do bloco e à médica anestesista, antes da entrada no bloco operatório.

Contudo, após a cirurgia, fomos nós, pais da menor, a identificar que a intervenção adicional foi realizada no pé direito em vez do pé esquerdo, onde efetivamente existia necessidade clínica identificada. A intervenção correta não foi realizada no pé esquerdo [...]”.

7. Numa primeira resposta à reclamante, datada de 23 de maio de 2025, a entidade Hospital CUF Descobertas, S.A. informou o seguinte:

“[...] Conforme falado na reunião presencial do passado dia 16/04/2025, informamos que o caso clínico relacionado com a Menina [M] foi participado à seguradora Fidelidade, tendo o processo sido registado sob a referência [...]”.

Os contactos que V. Exas. nos facultaram foram disponibilizados à seguradora de modo a que o responsável pelo processo possa comunicar diretamente convosco e dar seguimento à participação.

Damos nota de que todas as diligências com as quais o Hospital CUF Descobertas se comprometeu têm sido escrupulosamente concretizadas – o pagamento da cirurgia e os cuidados de saúde prestados posteriormente foram isentados e a Menina [M] tem sido seguida em consulta de ortopedia

pediátrica com o objetivo de ser acompanhada e dos próximos passos serem decididos sempre em concordância com V. Exas.”.

8. Já em sede de instrução dos presentes autos, a ERS remeteu, em 29 de julho de 2025, um pedido de elementos ao prestador, solicitando, concretamente, o seguinte:

“[...]”

1. *Se pronunciem, de forma fundamentada e circunstanciada, sobre a situação descrita na aludida reclamação, se possível acompanhada dos respetivos elementos documentais;*
2. *Descrevam todas as etapas percorridas pela utente MB, desde a sua admissão até à realização da cirurgia em causa, com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
3. *Indiquem quais os regulamentos, normas ou protocolos existentes em matéria de qualidade e segurança dos procedimentos cirúrgicos, no que respeita à confirmação da lateralidade do procedimento, informando se estes foram seguidos no caso em apreço, acompanhado do respetivo suporte documental;*
4. *Indiquem os procedimentos em vigor para o registo e comunicação de eventos adversos, aos serviços com responsabilidades nas áreas de gestão de risco e/ou qualidade e segurança, seja a nível interno, seja ao nível externo;*
5. *Indiquem as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental;*
6. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*

9. Nessa senda, através de mensagem de correio eletrónico de 18 de agosto de 2025 e ofício rececionado em 20 de agosto de 2025, a entidade Hospital CUF Descobertas, S.A. remeteu aos autos a seguinte informação:

“[...] No seguimento da comunicação recebida por parte de V. Exa no pretérito dia 31.07.2025 relacionada com a reclamação apresentada pelos pais da Menina [...] (MB), vimos pela presente informar e esclarecer o seguinte:

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

- A paciente foi submetida a uma intervenção cirúrgica no dia 4 de abril de 2025 nas instalações do Hospital CUF Descobertas (HDSC) para a correção de Hallux Valgus bilateral e ressecção de escafóide acessório com transposição do tendão tibial posterior à esquerda.

- Após a realização do procedimento, verificou-se que foi realizada a correção do Hallux Valgus bilateral e a ressecção de escafóide acessório com transposição do tibial anterior à direita;

- No seguimento do acontecimento, os pais e representantes da MB apresentaram reclamação nos termos conhecidos pela ERS;

- De imediato, o médico cirurgião responsável pelo procedimento diligenciou para se reunir com os representantes da paciente, o que veio a acontecer no passado dia 5 de abril de 2025.

- A administração do Hospital ao ter conhecimento do sucedido mostrou-se igualmente disponível para reunir com os representantes da paciente, o que também ocorreu no dia 16 de abril de 2025.

- No seguimento dessas reuniões, o HDSC decidiu accionar o seu seguro de responsabilidade civil, tendo tomado conhecimento que o médico cirurgião responsável pelo procedimento também terá efectuado a participação ao seu seguro.

2. Descrevam todas as etapas percorridas pela utente MB, desde a sua admissão até à realização da cirurgia em causa, com Indicação da data, hora e profissional responsável pela operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que os mesmo se integra, acompanhada do respectivo suporte documental.

- No dia 13 de março de 2025 pelas 11h28m horas a paciente foi admitida em consulta do Dr. [FS], tendo sido analisado o raio x da doente, observado e registado no processo clínico o seguinte: "HALUX VALGUS BILATERAL e ESCAFOIDE ACESSÓRIO COM QUEIXAS À DIREITA";

- A doente foi proposta para cirurgia de correção de Hallux Valgus bilateral e ressecção de escafóide acessório com transposição do tendão tibial posterior à esquerda.

- Note-se que o consentimento informado que assinado pelos pais de MB refere "escafóide acessório esquerdo" - conforme documento 1;

- Isto é, houve um erro na transcrição do processo clínico da consulta de dia 13.03.2025 tendo o médico indicado "direita" quando a localização era "esquerda" como consta do consentimento informado e da proposta cirúrgica que se Junta como documento 2.

- A MB, deu assim entrada no HDSC no dia 4 de abril de 2025 com o intuito de realizar uma Intervenção cirúrgica para a correção de Hallux Valgus bilateral e ressecção de escafóide acessório com transposição do tendão tibial posterior à esquerda;

- A equipa cirúrgica designada para este procedimento era composta por 6 elementos:

- Médica Anestesiologista – [SM];

- Cirurgião Principal – [FS];

- Cirurgiã Ajudante – [SN];

- 3 enfermeiros:

- [BF];

- [MP] e;
- [MA].
- *A paciente foi admitida na sala de indução anestésica pelas 14h09;*
- *Seguidamente, a paciente foi admitida às 14h45 no bloco operatório;*
- *A cirurgia decorreu entre as 15h13 e as 16h12 de acordo com as indicações do cirurgião principal [FS] que procedeu à correção de Hálux vaigus bilateral e Escafóide acessório à direita, conforme se encontra descrito no percurso clínico e relatório médico que aqui se junta respetivamente como documento 3 e documento 4.*
- *A Intervenção cirúrgica decorreu sem qualquer intercorrência, conforme relato operatório que aqui se junta como documento 5;*
- *Finda a cirurgia os reclamantes notaram que o procedimento havia sido realizado à direita tendo alertado a equipa médica e de enfermagem que sinalizou o caso através da plataforma de gestão de risco.*

3. Indiquem quais os regulamentos, normas ou protocolos existentes em matéria de qualidade e segurança dos procedimentos cirúrgicos, no que respeita à confirmação da lateralidade do procedimento, informando se estes foram seguidos no caso em apreço, acompanhado do respetivo suporte documental:

- *Está em vigor no HDSC a POL.0050 "Procedimento Garantia do local correto procedimento correto e cirurgia correta no doente correto" e a PR0.0111 "Procedimento Garantir o local correto procedimento correto e a cirurgia no doente correto" que aqui se juntam como documentos 6 e 7 correspondentemente.*
- *O HDSC implementa estes procedimentos e instruções internas de forma a prevenir/ evitar estes erros, realizando-se entre outros, os seguintes procedimentos:*

- *Em todas as cirurgias é realizada a Lista de Verificação da Cirurgia Segura, em três momentos diferentes:*
 - *SIGN IN - período antes da indução da anestesia;*
 - *TIME OUT - o período após a indução e antes da incisão cirúrgica,*
 - *SIGN OUT — o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida operatória, mas antes de retirar o doente da sala de operações.*
- *Outro dos pontos deste procedimento é validar qual a cirurgia a ser realizada.*
- *Considerando a aplicação dos referidos procedimentos e políticas, todos os meses são realizadas auditorias presenciais à aplicação da lista no BOC.*

4. Indiquem os procedimentos em vigor para o registo e comunicação de eventos adversos, aos serviços com responsabilidades nas áreas de gestão de risco e/o qualidade e segurança, seja a nível interno, seja ao nível externo:

- *No seguimento dos factos evidenciados foi efectuado o competente registo na plataforma de gestão de risco (HER+), ficando registado com o n.º [...] conforme documento 8 que aqui se junta;*
- *Foi analisado o evento, retirando-se a respetivas conclusões e apresentando-se propostas de melhoria do serviço a prestar aos clientes, para que casos como este ou outros não voltem a ocorrer nos termos do documento 8 que aqui se junta.*
- *Na análise do processo verificou-se que o médico cirurgião terá consultado o processo clínico relativo ao dia 13/03/2025, em que escreve que tem escafóide acessório com queixas à direita, quando as queixas eram à esquerda.*
- *Existia um erro de registo na consulta de 13/03/2025 embora os restantes documentos relativos à cirurgia estivessem correctos, nomeadamente, o Consentimento Informado e a Proposta Cirúrgica.*

5. Indiquem as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental:

- No dia 14.04.2025 reuniu-se a equipa multidisciplinar para a divulgação das conclusões da análise da causa raiz e no seguimento do mesmo, foi realizado um reforço com a equipa do Bloco Operatório, anestesistas e enfermeiros sobre o cumprimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e sobre a importância de consultar o Consentimento Informado e a Proposta Cirúrgica, conforme consta do registo em HER+ e lista de presença que aqui se junta como documentos 9 e 10.
- Toda a facturação relativamente ao procedimento realizado e às consultas subsequentes foram Isentadas.
- Foi proposto que fosse realizado outro procedimento cirúrgico, contudo, os pais não estão disponíveis de imediato avançar para esse novo procedimento;
- Foi igualmente proposto e aceite por todas partes que a paciente fosse seguida por um outro profissional da especialidade da ortopedia, o Dr. [CN];
- Sendo que, neste momento a paciente está a ser seguida por esse profissional, tendo uma boa evolução clínica relativamente aos procedimentos realizados.

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

- O Hospital Cuf Descobertas prossegue um efectivo esforço para garantir o cumprimento permanente e efectivo das medidas e procedimentos internos garantes da qualidade e segurança de todos os clientes;
- O presente caso foi alvo de uma análise e reflexão profundas por parte das equipas e definido um plano de melhoria que visa impedir a repetição de um evento semelhante.”.

10. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o prestador remeteu os seguintes elementos:

- i. Consentimento informado prestado pela representante legal da utente MB:

ADU LUI

Consentimento Informado

Realização de atos cirúrgicos;
 Procedimentos anestésicos;
 Realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos maior;
 Administração de sangue, seus componentes e derivados;
 Realização de técnicas invasivas em grávidas;
 Partos;
 Colocação de dispositivos anticoncepcionais subcutâneos ou intrauterinos;

Administração de gamaglobulina anti-D;
 Colheita, estudo analítico, processamento e criopreservação de sangue e tecido do cordão umbilical e placenta;
 Dóação, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição, aplicação de tecidos/ células de origem humana;
 Utilização off-label – indicação não descrita no RCM (Resumo Características Medicamento)
 Outros procedimento _____

Diagnóstico: HALLUX VALGUS BILATERAL + ESCAPOIDE ACESSÓRIO ESQUERDO

Notas clínicas adicionais: _____

Procedimento: HEMIEPIFISIOSE BILATERAL DO 1º METATARSO + TRANSPOSIÇÃO DO TIBIAL POSTERIOR ESQUERDO

Lateraldade: Direta Esquerda Não Aplicável

Confirmo que informei a pessoa abaixo indicada, de forma adequada sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento, alternativas possíveis, assim como os riscos inerentes associados, incluindo os efeitos da não realização de qualquer terapêutica e outras informações que me foram solicitadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão.
 De acordo com o meu entendimento, a pessoa abaixo indicada está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico Responsável: _____ **N.º Ordem:** _____

Data: 13 de Março de 2025 **Hora:** 12:33 **Assinatura:** _____

A preencher pelo Doador/Responsável Legal

Eu, abaixo assinado, declaro que me foram explicadas as implicações, os riscos e as consequências (mais frequentes e previsíveis), sobre o procedimento a que vou ser submetido, bem como as alternativas existentes, os benefícios esperados e a probabilidade de sucesso.
 Autorizo a realização do mesmo, bem como os procedimentos adicionais que sejam necessários no meu próprio interesse, e justificados por razões clínicas, pelos profissionais do Hospital qualificados para tal.
 Declaro possuir as informações suficientes para a minha decisão, que a minha decisão possa ser revogada a qualquer altura e de livre vontade e que não haverá prejuízo para os meus direitos se eu não aceitar este ato. Mais declaro, estar consciente de que em qualquer momento posso solicitar mais informações ao médico referido, se necessitar de esclarecimentos adicionais.
 Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que possa ocorrer em situações imprevistas e que seja necessário para aliar daquele proposto e que qualquer órgão ou tecido removido seja encaminhado para exames complementares desde que seja necessário para esclarecimento de diagnóstico ou tratamento, em real benefício para a minha situação clínica.
 A Unidade CUF é a entidade responsável pelo tratamento dos seus dados. Para o efeito de partilha de conhecimento com a comunidade científica (por ex em congressos científicos, artigos, grupos de trabalho), gostaríamos de capturar (quando aplicável) e utilizar a sua imagem, obtida no âmbito deste ato assim como os seus dados demográficos (idade, género). Garantimos a confidencialidade dos seus dados, nomeadamente, nunca será identificado o nome desta partilha. Para esta finalidade, os seus dados serão conservados até ao período da publicação ou pelo período máximo de 5 anos.
 Para obter mais informações acerca dos termos do tratamento dos seus dados pessoais, bem como de quais são os seus direitos à luz da lei de proteção de dados aplicável e de como os pode exercer, consulte a Política de Privacidade Saúde CUF ou contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo CUF, através de formulário no site <https://www.cuf.pt/contactos> selecionando o Assunto - Proteção de dados.
 Sim Não Confirto o tratamento dos meus dados (captura, quando aplicável, e divulgação das imagens e dados demográficos) referentes este ato clínico.

Nome completo do doador: _____
Data: 13 de Março de 2025 **Assinatura:** _____

(Em caso de incapacidade de decisão do doador, o autorizações pessoais devem ser validadas pela representante legal, nomeadamente o responsável legal)

- ii. Proposta cirúrgica para a cirurgia da utente MB:



Identificação do Cliente		Equipe Cirúrgica		Outros Dados	
Nome	[REDACTED]	HCC	[REDACTED]	Médico	[REDACTED]
EFR	OUTROS	3009/2014		Especialidade	ORTOPEDIA
Diagnósticos				1º Ajudante	Sim
Diagnóstico Principal	HALLUX VALGO (ADQUIRIDO)	735.0		2º Ajudante	Não
Outros diagnósticos relevantes	Anomalia congênita do pé NCOP	755.67		Anestesiata	Sim
				Instrumentista	Sim
				Outros	Não
Procedimentos					
Descrição	Código Procedimento	Lateralidade	Valorização (%)	K	
Transferência do tendão do tibial posterior	33100301	Esquerda	100%	130	
Epi-fisiodesse (cada osso)	33080125	Direita	100%	80	
Epi-fisiodesse (cada osso)	33080125	Esquerda	100%	80	
Outros Detalhes					
Data da cirurgia	04/04/2025	Tipo de Epitáfio	Internamento		
Duração da Cirurgia	01:00	Técnica a utilizar	Convencional		
				Link da Proposta	[REDACTED]
				Serviço Executor	HCD BO
				Observações	
				Técnicas Cirúrgicas	Convencional
				Observações técnicas cirúrgicas	
				Próteses ou Implantes	Sim, requer próteses ou implantes
				Observações	ÂNCORA
				Prescrições	
				Materiais	
				Equipamentos	
				Posicionamentos	
				Preparação Pré-Operatória	
				Dias previstos internamento	1
				Dias previstos UCIP/UCINT	0

- iii. Percurso clínico da utente MB de 4 e 5 de abril de 2025;
- iv. Relatório médico de alteração do plano cirúrgico;
- v. Relato Operatório da cirurgia da utente MB:

Registo Operatório: [REDACTED]

Médico Responsável: [REDACTED]

Data da Cirurgia: 04-04-2025

Nº Mecanográfico: [REDACTED]

Bloco: BLOCO OPERATORIO CENTRAL Sala:
SO2C

Hora de Início da Intervenção: 15:13

Hora de Fim da Intervenção: 16:12

Anestesia: ANESTESIA SEDAÇÃO

Técnica Cirúrgica:

Intervenientes		
Função	Nome	Nº. Meca.
Instrumentista	[REDACTED]	[REDACTED]
Enfermeiro de Anestesia	[REDACTED]	[REDACTED]
Enfermeiro Circulante	[REDACTED]	[REDACTED]
Cirurgião Principal	[REDACTED]	[REDACTED]
1º Ajudante	[REDACTED]	[REDACTED]
Anestesiata	[REDACTED]	[REDACTED]

Diagnóstico pré-operatório

Descrição

Diagnóstico(s):
391232 - CID12 - 7350 - HALLUX VALGO (ADQUIRIDO) - P - 04-04-2025;
391232 - CID12 - 75567 - ANOMALIA CONGENITA DO PE NCOP - S - 04-04-2025;

Diagnóstico pós-operatório

Codificação	Descrição	Código
CID12	HALLUX VALGO (ADQUIRIDO)	7350
CID12	ANOMALIA CONGENITA DO PE NCOP	75567

Operação

Descrição	Código
TRANSFERÊNCIA DO TENDÃO DO TIBIAL POSTERIOR	33100301
EPIFISIODESE (CADA OSSO)	33080125
EPIFISIODESE (CADA OSSO)	33080125

**Descrição / Relato**

Operada
Hemiepifisiodesse do 1º metatarso bilateral (Pnemister)
Escisão de escafoide acessório direito
Transposição do tibial anterior direito

Complicações intra-operatórias

NÃO

Achados relevantes durante a cirurgia

Não aplicável

Recolha de Amostras

Não aplicável

Outros dados

Perdas de sangue >500 ml <500 ml

Transfusões Sim Não N°

Implantes Não aplicável

Encerramento

Lisboa, 4 de Abril de 2025

- vi. Política “*Garantia do local correto procedimento correto e cirurgia correta no doente correto*”, de 6 de setembro de 2022, com o seguinte teor:

1. Objetivo

Esta política tem por objetivo garantir a Segurança Cirúrgica nas unidades CUF.

2. Âmbito

Esta política aplica-se a todos os colaboradores das Unidades CUF.

3. Descrição

Entendem-se como procedimentos cirúrgicos e invasivos todos os procedimentos envolvendo uma incisão ou punção, não se limitando a procedimentos cirúrgicos abertos, mas incluindo aspirações percutâneas, administração de injectáveis em zonas específicas, biópsias, procedimentos cardíacos e vasculares diagnósticos ou de intervenção percutânea, laparoscopias e endoscopias.

A efetividade da implementação desta política é da responsabilidade da direção clínica, direção de enfermagem e direção de produção, identificando em cada unidade hospitalar, os locais onde decorrem procedimentos cirúrgicos e invasivos.

Esta política rege-se pelos seguintes pressupostos:

- A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é composta por 3 momentos específicos:
 - **SIGN IN** - Período antes da indução anestésica;
 - **TIME OUT** - Período após a indução anestésica e antes da incisão cirúrgica / procedimento invasivo;
 - **SIGN OUT** - Período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida operatória / fim do procedimento invasivo, antes do cirurgião / médico intervencionista e do doente saírem da sala.
- A correta utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica compreende o cumprimento:
 - presença de equipas requeridas em cada momento (*Sign In; Time Out e Sign Out*)
 - cumprimento completo de cada momento
 - verbalização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica através da leitura do documento;
 - registo concordante com a prática realizada.
- A marcação clara e inequívoca do local cirúrgico e do procedimento cirúrgico e invasivos sempre que compreenda lateralidade, múltiplo nível ou múltipla estrutura, preferencialmente com o envolvimento do doente.

- vii. Procedimento “*Garantir o local correto procedimento correto e a cirurgia no doente correto*”, de 9 de outubro de 2023, com o seguinte teor:

1. Objetivo

Este procedimento visa definir as medidas a serem implementadas para reduzir a ocorrência de eventos adversos em contexto cirúrgico, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no doente correto, através da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), adaptada das orientações da Organização Mundial da Saúde e dos regulamentos da Direção Geral de Saúde.

2. Âmbito

Esse procedimento aplica-se a todos os colaboradores envolvidos no circuito do doente submetido a um procedimento cirúrgico ou invasivo nas Unidades CUF.

3. Definições e Referências

3.1. Referências

- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL – *Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. JCI, EUA, 2020.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ---
- NORMA nº 02/2013. Cirurgia Segura Salva Vidas. Direção Geral de Saúde, 2013.

3.2. Definições

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC): lista formal, para comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos. Encontra-se dividida em três fases, cada uma correspondendo a um período específico de tempo do fluxo esperado da cirurgia:

- **SIGN IN** – período antes da indução da anestesia;
- **TIME OUT** – o período após a indução e antes da incisão cirúrgica;
- **SIGN OUT** – o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida operatória, mas antes de retirar o doente da sala de operações.

Consentimento informado cirúrgico e anestésico: documentos formais, que devem ser preenchidos na sua totalidade pelo cirurgião/anestésista, após a informação completa da situação clínica/procedimento a realizar ao doente e assinado pelo próprio ou pelo representante legal. Estes documentos devem constar no processo clínico e estarem disponíveis no momento da cirurgia.

Marcação do local cirúrgico: procedimento aplicável em cirurgias que impliquem lateralidade (direita ou esquerda), múltiplas estruturas (por ex. dedos das mãos e costelas) e múltiplos níveis (por ex. coluna vertebral), com uma marca de tinta de caneta demográfica, **em forma de seta, clara e facilmente visível**, no segmento corporal envolvido no procedimento. A marca deve estar visível após o doente estar preparado e coberto. Deve ser efetuada pelo cirurgião, com a possível colaboração do cirurgião assistente ou do anestésista, sendo a responsabilidade final da confirmação da marcação do local cirúrgico do cirurgião principal que realiza o procedimento. O doente deve ser

envolvido ativamente na marcação do local cirúrgico, sempre que possível. Esta marcação deve ser efetuada, preferencialmente, antes da entrada na sala operatória. É possível, nas cirurgias de nível à coluna, que a marcação do local cirúrgico que tenha de ser realizada com agulha após o controlo imagiológico, dentro da sala.

4. Descrição

4.1. Coordenador da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

A fim de implementar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica durante a cirurgia, **uma única pessoa deve ser responsável pela sua aplicação.** Preferencialmente nas unidades CUF, **esta responsabilidade é assumida, pelo anestesista, com a colaboração do enfermeiro de apoio à anestesia.**

O coordenador da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica deve orientar a equipa ao longo do processo de verificação que carece de uma **confirmação verbal** entre a equipa, de forma a garantir o cumprimento correto das práticas.

O enfermeiro de apoio à anestesia deve ainda garantir a realização do registo de evidência no processo clínico do cumprimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) adequada a cada procedimento (IMP.1876 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica para Procedimentos Invasivos Major, IMP.2282 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, IMP.2283 - Pequena Cirurgia/Sala Polivalente, IMP. 2284 - Lista de Verificação Segurança Cirúrgica - Cesariana, IMP.3872 - Lista Verificação Segurança Cirúrgica para a Catarata).

A correta utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica compreende o cumprimento:

- presença de equipas requeridas em cada momento (*Sign In; Time Out e Sign Out*);
- cumprimento completo de cada momento;
- verbalização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica através da leitura do documento;
- registo final concordante com a prática realizada.

4.2. Fases da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)

4.2.1. SIGN- IN (Antes da indução da anestesia)

Nesta fase devem estar presentes o anestesista e o enfermeiro. O coordenador da LVSC deve:

- Confirmar verbalmente com o doente, a sua identidade, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e que o consentimento cirúrgico e anestésico foi realizado;
- Confirmar visualmente e verbalmente o local cirúrgico correto e a sua marcação com seta;
- Confirmar verbalmente a verificação do equipamento de anestesia e da respetiva medicação;
- Confirmar visualmente e verbalmente que o doente está monitorizado com oxímetro;
- Confirmar verbalmente com o anestesista:
 - Alergias conhecidas;
 - Via aérea difícil/risco de aspiração;
 - Risco de perda de sangue > 500ml (7ml/Kg se doente pediátrico);
 - Pedido de reserva de sangue.

4.2.2. TIME – OUT (Antes da incisão cirúrgica)

Nesta fase devem estar presente toda a equipa cirúrgica. O coordenador da LVSC deve:

- Orientar a equipa para o cumprimento do momento do *Time-out*:
 - Apresentação de cada membro da equipa pelo nome e função (as equipas que já estão familiarizadas, podem confirmar facilmente que todos se conhecem e efetuar o registo em conformidade, no entanto novos profissionais, estudantes ou outros colaboradores devem apresentar-se);
 - Confirmar verbalmente a identificação do cliente, o procedimento e o local cirúrgico de acordo com consentimento cirúrgico;
 - Confirmar a administração da profilaxia antibiótica nos últimos 60 minutos antes da incisão cirúrgica;
 - Confirmar a administração de profilaxia do tromboembolismo venoso;
 - Confirmar verbalmente com o cirurgião principal:
 - Quais são os passos críticos ou fora da rotina;
 - O tempo planeado para o caso;
 - Qual a perda de sangue estimada.
 - Confirmar verbalmente com o anestesista:
 - Precauções específicas com o doente.
 - Confirmar verbalmente com a equipa de enfermagem:
 - Confirmação da esterilização;
 - Problemas com equipamentos e dispositivos;
 - Garantir a disponibilidade e visualização de exames imagiológicos necessários.

4.2.3. SIGN – OUT (Antes do doente sair da sala de operações)

As verificações podem ser iniciadas pelo enfermeiro, o cirurgião ou o anestesista e devem ser concluídas antes do cirurgião sair da sala. Podendo coincidir, por exemplo, com o encerramento da ferida cirúrgica.

O coordenador da LVSC deve:

- Confirmar verbalmente o nome do procedimento realizado;
- Confirmar a contagem de instrumentos, compressas e corto-perfurantes;
- Confirmar a rotulagem correta de qualquer material obtido durante o procedimento, com leitura em voz alta, do nome do doente e da descrição da amostra;
- Identificar problemas com equipamentos ou outros a resolver;
- Identificar a informação relevante a transmitir à e as principais preocupações/necessidades do doente.

5. Avaliação

A efetividade da implementação do presente procedimento é da responsabilidade das Direção Clínica, Direção de Enfermagem e Direção de Produção das unidades da CUF.

A implementação é monitorizada e avaliada pelo Grupo de Coordenação Local de Segurança do Doente local através dos seguintes indicadores:

- Taxa de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, mensalmente através de sistema informático;
- Taxa de conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica para os procedimentos definidos, recolhido através de auditoria interna mensal, randomizada;
- Taxa de cumprimento da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica para os procedimentos definidos, recolhido através de auditoria interna mensal, randomizada.

A Direção de Qualidade e Segurança realiza semestralmente auditorias de supervisão para validação dos dados.

6. Atuação em caso de falha no cumprimento do procedimento que resulte em eventos adversos ou quase-incidentes

quase-incidentes em todas as situações que sistemática e deliberadamente condicionem a correta utilização da LVSC:

- Avaliar a situação e atuar em conformidade;
- Reportar à restante equipa multidisciplinar;
- Reportar a ocorrência em plataforma de registo informático de eventos adversos da Segurança do Doente.

viii. Ficha do incidente ocorrido com a utente MB:



N.º do Incidente [REDACTED] **Data de Criação:** 10/04/2025
Data de Comunicação: 10/04/2025
Tipo de Incidente: 2 - Processo/Procedimento Clínico
Estado: Avaliação Eficácia

DADOS INCIDENTE

Dia: 10 **Mês:** Abril **Ano:** 2025

Declarante: ?
Local Detecção: Hospital CUF Descobertas\Apoio Geral e Logística\Gestão Risco
Local Ocorrência: Hospital CUF Descobertas\Blocos Operatórios\Bloco Operatório Central
Tipo de Ocorrência: Sentinela

DADOS LESADO

Reincidente	Tipo	Nome	Data de Nascimento	Idade	Género	Identificação
	Outro	[REDACTED]	30/05/2014	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SELECCIONE**Categoria Profissional do Declarante**

Enfermeiro

Descrição dos Factos (Descreva o que aconteceu, como e o quê)

Criança de 10 anos com indicação cirúrgica de correção de Halux Valvus bilateral e Ressecção de escafoide acessório e transposição do tibial anterior a esquerda.

Cirurgia realizada correção de Halux Valvus bilateral e Ressecção de escafoide acessório e transposição do tibial anterior a direita.

Tipo de Episódio

Internamento cirúrgico

A fase do processo

Intervenção Cirúrgica

O tipo de problema

Parte do corpo/Lateralidade/Local errado

GRUPO ANÁLISE

[...]

Decisão: Aceitar	Data: 08-05-2025	Responsável: [REDACTED]
Domínio: Segurança de doentes, profissionais ou público (lesão física/psicológica)	Gravidade se voltar a ocorrer: (5) Grave	Probabilidade de voltar a ocorrer: (1) Muito Improvável
Nível de Risco: Risco Moderado (5)	Meta: 4. Garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no doente correto	Tipo de análise: Concisa
Conclusão: Menina com indicação cirúrgica de Halux Valgus bilateral e resseção do escafoide acessório e transposição do nervo tibial à esquerda. De acordo com relato operatório, realizada cirurgia bilateralmente ao Halux Valgus e Escisão de escafoide acessório direito. Transposição do tibial posterior direito.		

AÇÕES						
Número	Criado Por	Data Criação	Data Limite	Estado	P	
692/25	[REDACTED]	08-05-2025	31-05-2025	Realizada		
Ação: Divulgação da ocorrência pela equipa multidisciplinar e multiprofissional e respetivos fatores contribuintes.						
		Responsáveis	Efetuada Por	Data	Estado	
Realização		[REDACTED]	[REDACTED]	08-05-2025	✓	
Observações: Feita divulgação do incidente na equipa multidisciplinar						
Número	Criado Por	Data Criação	Data Limite	Estado	P	
693/25	[REDACTED]	08-05-2025	31-05-2025	Realizada		
Ação: Reforço com a equipa do Bloco Operatório relativamente ao cumprimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica						
		Responsáveis	Efetuada Por	Data	Estado	
Realização		[REDACTED]	[REDACTED]	29-05-2025	✓	
Observações: REALIZOU-SE O REFORÇO COM A EQUIPA						
Número	Criado Por	Data Criação	Data Limite	Estado	P	
694/25	[REDACTED]	08-05-2025	31-05-2025	Realizada		
Ação: Reforço com a equipa do Bloco Operatório, anestesistas e enfermeiros na importância de consultar o Consentimento Informado e a Proposta Cirúrgica						



	Responsáveis	Efetuada Por	Data	Estado
Realização			22-05-2025	✓
Observações: REALIZOU-SE ESSE REFORÇO COM A EQUIPA				

Número	Criado Por	Data Criação	Data Limite	Estado	P
691/25		10-04-2025	04-05-2025	Realizada	
Ação: Realizar análise causa raiz					

	Responsáveis	Efetuada Por	Data	Estado
Realização			04-05-2025	✓
Observações: Realizada análise causa raiz				

- ix. Lista de presenças na reunião realizada pelo prestador em 14 de abril de 2025.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

11. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
12. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
13. Resulta, pois, inequívoco que a Hospital CUF Descobertas, S.A. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.

14. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, “[à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e “[à] prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.
15. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas a), c) e d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, “assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”.
16. No que toca à alínea a) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 11.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento”.
17. Já no que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas”.
18. Finalmente, e a propósito do objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS “garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”.
19. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações

ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – *cf.* alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

III.2. Do direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade

20. Inserido no Capítulo II (“Direitos e deveres sociais”) do Título III (“*Direitos e deveres económicos, sociais e culturais*”) da Parte I (“*Direitos e deveres fundamentais*”) da CRP, o “*direito à protecção da saúde*”, consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “*realização da democracia (...) social*” (artigo 2.º da CRP).
21. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “*para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado [...] garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*” [alínea a)], e “*disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade*” [alínea d)].
22. No mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, quando se afirma que “*O direito à protecção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social*” e na alínea b) do n.º 1 da Base 2, nos termos da qual 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*”.

23. Estas disposições são paradigmáticas da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados, deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.
24. Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados.
25. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança, espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados que lhe são prestados.
26. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
27. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente 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) e *“à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
28. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser *“prestados humanamente e com respeito pelo utente”*, o que evidencia, uma vez mais, a interligação entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.
29. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação de cuidados de saúde, dos recursos humanos, do

- equipamento disponível e das instalações está aqui presente de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.
30. As relevantes especificidades do setor da saúde agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem os interesses e direitos dos utentes.
 31. Aliás, refira-se que esta preocupação com a prestação de cuidados de saúde de qualidade foi igualmente vertida no Código Penal.
 32. Nos termos do n.º 1 do artigo 150.º deste diploma, “[a]s *intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.*”.
 33. Porém, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo 150.º, “[a]s *pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as leges artis e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.*”.
 34. O respeito pelas leis da arte, pelo estado de conhecimento e da experiência são, assim, condições essenciais para a prestação de cuidados de saúde, procurando-se com esta disposição proteger a vida, a saúde e a integridade física dos utentes.
 35. Os utentes gozam do direito de exigir dos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, bem como a observância das regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis e pelas regras de boa prática médica, ou seja, pelas referidas *leges artis*.
 36. Por outro lado, 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 cuidados e tecnologias mais corretas e que melhor se adequem às necessidades concretas de cada utente.

37. A afirmação de que os utentes têm o direito de ser tratados humanamente, com privacidade e respeito decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde observarem o princípio da dignidade da pessoa humana, como princípio estruturante da República Portuguesa (*cf.* artigo 1.º da CRP).
38. De facto, os profissionais de saúde devem ter redobrado cuidado em respeitar os utentes, concretizando dessa forma o direito fundamental à reserva da intimidade da vida privada estabelecido no artigo 26.º da CRP.
39. Em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde (seja no atendimento, diagnóstico ou prestação de cuidados), deve ser respeitada a reserva da vida privada dos utentes, o que também implica a necessidade das instalações e equipamentos de saúde se adequarem para o efeito.
40. Em suma, para assegurar que ao utente são prestados cuidados de saúde de qualidade, os profissionais de saúde e os estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde devem respeitar:
 - i. Os requisitos legais, no que respeita à formação académica, habilitação, certificação e formação profissional para o exercício da atividade;
 - ii. Os requisitos de qualidade referentes aos equipamentos utilizados na prestação de cuidados de saúde;
 - iii. As regras legais de funcionamento dos estabelecimentos, em especial no que diz respeito à obrigação de registo público junto da ERS e à obtenção de licença e cumprimento de requisitos de funcionamento;
 - iv. As normas, códigos de conduta e deontológicos, regras de serviço e protocolos de qualidade, emitidos pelas entidades com competências na área da saúde, nomeadamente o Ministério da

Saúde, a Direção Executiva do SNS (DE-SNS), a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) ou as Ordens Profissionais.

41. Para além destas exigências, os prestadores de cuidados de saúde devem ainda cumprir um conjunto de procedimentos que têm por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de incidentes e eventos adversos, que possam afetar a qualidade dos cuidados prestados e os direitos e interesses legítimos dos utentes.
42. Em especial, devem ser observadas as regras constantes da Orientação da DGS n.º 11/2012, de 20 de julho, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como a Norma da DGS n.º 17/2022, de 19 de dezembro, referente à Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente.
43. Estes documentos da DGS, aplicáveis a todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde, estabelecem procedimentos que constituem instrumentos eficazes para a deteção de eventos adversos e para estimular a reflexão e o estudo sobre os mesmos, por forma a determinar a alteração de comportamentos, bem como a correção e retificação de erros, em prol da qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados de saúde a prestar aos utentes.
44. Assim, a Orientação da DGS n.º 11/2012, de 20 de julho, estabelece concretamente o seguinte:

“[...] Sempre que se verificar a ocorrência de um incidente potencialmente grave ou de um evento adverso, os serviços prestadores de cuidados de saúde devem:

- 1) promover a aprendizagem sobre as respetivas causas e prevenir a sua recorrência;*
- 2) identificar as causas raiz do evento e procurar atuar sobre essas causas, indo além da mera resolução das manifestações dos problemas;*

3) seguir a metodologia de desenvolvimento da Análise das Causas Raiz, elaborada a partir das experiências internacionais nesta área, anexa à presente Orientação e que dela faz parte integrante. [...].”

45. Por seu turno, a Norma da DGS n.º 17/2022, de 19 de dezembro, estabelece que:

[...]

2. A notificação nos sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente é voluntária e pode ser feita pelo cidadão ou pelo profissional de saúde, de forma anónima.

3. As informações contidas na notificação devem ser utilizadas com o fim único e exclusivo de gestão e análise de incidentes de segurança do doente, mediante os princípios de anonimização, confidencialidade e não punibilidade do notificador e das pessoas envolvidas no incidente.

[...]

5. O sistema de notificação de incidentes de segurança do doente deve permitir o reporte, a análise, a gestão e a monitorização do incidente, conduzindo à implementação efetiva de medidas de melhoria e/ou corretivas de situações geradoras de dano, real ou potencial.

[...]

7. Todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde devem ter uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente, que terá como objetivos:

a) desenvolver a cultura de segurança;

b) promover a notificação de incidentes de segurança do doente, visando a aprendizagem com o erro, de forma não punitiva;

c) gerir e analisar os incidentes;

d) implementar medidas corretivas e/ou de melhoria de modo a evitar novos incidentes.

8. Cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve nomear uma equipa multidisciplinar de gestores de incidentes de segurança do doente e respetivo gestor coordenador, para a gestão e análise de incidentes de segurança do doente, cuja constituição e dimensão dependem das características da instituição de prestação de cuidados.

9. O Conselho de Administração/Conselho Diretivo/Direção da instituição prestadora de cuidados de saúde deve comunicar a constituição da equipa de gestores de segurança do doente, e respetivo gestor coordenador, ao Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), da DGS, através do endereço notificaseg.doente@dgs.min-saude.pt. Para este efeito, devem constar as seguintes informações sobre o gestor coordenador e sobre quem o substitui nas suas ausências, bem como dos outros gestores que integram a equipa de gestores de segurança do doente:

- a) nome completo;
- b) endereço eletrónico institucional, o qual deve ser nominal;
- c) contato telefónico institucional;
- d) categoria profissional.

10. Os gestores de incidentes de segurança do doente têm as seguintes funções:

- a) tratamento e análise de incidentes de segurança do doente;
- b) elaboração do plano de ação decorrente da análise de incidentes;
- c) implementação/accompanhamento das ações de melhoria, sempre que aplicável;
- d) registo das medidas corretivas e/ou de melhoria resultantes da análise de incidentes.

[...]

14. Para cada incidente de segurança o gestor coordenador/gestor de incidentes de segurança do doente define um Plano de Ação que vise:

a) estabelecer respostas aos problemas, identificando as causas, os fatores contribuintes e barreiras existentes;

b) determinar o responsável pela sua execução; e,

c) definir o período temporal para a sua concretização (prazo de execução).

15. De modo a garantir que o Plano de Ação conduza à implementação de medidas de melhoria e/ou corretivas de situações geradoras de dano, real ou potencial, os vários níveis de gestão das instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde devem ser envolvidos. Para este efeito, após o processo de análise de incidente de segurança do doente, o gestor coordenador é responsável pela:

a) divulgação do Plano de Ação resultante aos Diretores e/ou Coordenadores dos serviços envolvidos (locais onde ocorreu o incidente e onde o plano será implementado), assim como, aos órgãos de gestão da instituição;

b) aprovação do Plano de Ação após auscultação e concordância, dos intervenientes acima mencionados.

16. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa. [...]”.

III.3. Das Orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Cirurgia Segura de 2009

46. O programa “Cirurgia Segura Salva-Vidas” foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo.

47. Nessa senda, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS identificou dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica, que compilou,

em 2009, no “Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS”¹:

“[...]”

O tratamento cirúrgico é complexo e envolve dezenas de passos que devem ser optimizados para cada doente, individualmente. A fim de minimizar as perdas desnecessárias de vida e complicações graves, as equipas têm em conta os 10 objectivos básicos, essenciais a qualquer caso cirúrgico, que a OMS assume como orientações de segurança cirúrgica.

- 1. A equipa vai operar o doente certo, no local correcto.*
- 2. A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor.*
- 3. A equipa vai identificar e estar efectivamente preparada para actuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória.*
- 4. A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efectivamente preparada para actuar face ao risco de elevada perda de sangue.*
- 5. A equipa vai evitar a indução de uma reacção alérgica ou reacções adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.*
- 6. A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do local cirúrgico.*
- 7. A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.*
- 8. A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas.*

¹ Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-por.pdf>.

9. *A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos.*
10. *Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados.”.*
48. Desde logo no que concerne ao primeiro objetivo *supra* enunciado, em 2003, a Joint Commission formulou e implementou a utilização de um Protocolo Universal para a prevenção do local errado, doente errado e procedimento errado, que tem sido adotado por muitas organizações profissionais e foi atualizado em 2009 (passando a constar das “Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009”²), para alargar as verificações de identificação a procedimentos realizados fora da sala de operações.
49. O aludido Protocolo Universal prevê “um processo de três etapas em que cada etapa é complementar e contribui para a prática da confirmação do doente, local e procedimento correctos.

Etapa 1. Verificação: *Consiste em verificar o doente, local e procedimento correctos em todas as etapas desde o momento da decisão de indicação cirúrgica até ao momento em que ocorre a cirurgia. A verificação deve ser feita:*

- *Quando o processo é programado*
- *No momento de admissão ou de entrada no bloco operatório*
- *A qualquer momento, desde que a responsabilidade pelo cuidado ao doente seja transferida para outra pessoa*
- *Antes de o doente deixar a área pré-operatória e quando entra na sala de cirurgia.*

Esta etapa é realizada, na medida do possível, com o envolvimento do doente, acordado e consciente. A verificação é feita por meio de identificação do

² Disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-orientacoes-oms-2009.aspx>.

doente e durante o processo de consentimento, efectua-se a marcação do local cirúrgico, da lateralidade e confirma-se o procedimento, através da verificação dos registos do doente e da visualização das radiografias. Este é um processo activo que deve incluir todos os membros da equipa envolvida na prestação de cuidados ao doente. Quando muitos membros da equipa estão envolvidos na verificação, cada um deve realizar a verificação de forma independente. Os membros da equipa também devem estar cientes, no entanto, que o envolvimento de múltiplos verificadores pode-se tornar oneroso e levar a violações do protocolo. A adesão aos procedimentos de verificação pode ser facilitada pelo uso de lembretes em forma de listas de verificação ou de protocolos sistematizados.

Etapa 2. Marcação: O Protocolo Universal afirma que o local ou locais a serem operados devem ser marcados. Isto é particularmente importante no caso de existência de lateralidade, múltiplas estruturas (por exemplo, dedos das mãos ou dos pés, costelas) e vários níveis (por exemplo coluna vertebral). O protocolo estipula que a marcação deve ser:

- No, ou próximo do, local a operar; localizações “não cirúrgicas” não devem ser marcadas;
- Inequívoca, bem visível e feita com um marcador de tinta permanente para que a marca não seja removida durante a preparação do campo operatório (as organizações de cuidados de saúde podem escolher diferentes métodos de marcação, mas o protocolo deve ser coerente, a fim de evitar qualquer ambiguidade. [...])
- Feita pelo cirurgião que vai realizar o procedimento (para tornar as recomendações praticáveis, no entanto, esta tarefa poderá ser delegada, desde que a pessoa que faz a marcação esteja presente durante a cirurgia, especialmente no momento da incisão (14).; e
- Completada, na medida do possível, enquanto o doente está consciente e orientado, pois o envolvimento do doente é importante.

Os processos de verificação e de marcação são complementares. Destinam-se a introduzir redundância no sistema, que é um aspecto importante em segurança. A sua utilização, de forma isolada, é pouco susceptível de reduzir a incidência do local errado em cirurgia.

Os doentes ou os seus representantes devem participar activamente na verificação. A Joint Commission indica a incapacidade de envolver o doente (ou seu tutor) como uma das causas da cirurgia do local errado. A Joint Commission publicou folhetos informativos para doentes, para os alertar /conscienciar sobre a importância do seu importante papel na prevenção da cirurgia no local errado (15); iniciativas de consciencialização do doente também foram adoptadas pelo National Patient Safety Agency no Reino Unido (16) e pela Commission of Safety and Quality in Healthcare Australiana (17).

Etapa 3. 'Time Out': O “time out” é uma pausa breve antes da incisão, para confirmar a identificação do doente, o procedimento e o local cirúrgico. É também uma oportunidade para assegurar que o doente está posicionado correctamente, e que quaisquer implantes ou equipamentos especiais necessários estão disponíveis. A Joint Commission estipula a participação activa de todos os membros da equipa neste processo. Quaisquer preocupações ou inconsistências devem ser esclarecidas nesta fase. Os controlos durante o 'Time Out' devem ser documentados, na forma de uma lista de verificação, mas o Protocolo Universal deixa o desenho e a sua disponibilização para as organizações. O "time out" também serve para promover a comunicação entre os membros da equipa.

A Commission on Safety and Quality in Healthcare australiana usa um processo em 5 passos semelhante ao Protocolo Universal para evitar o local errado em cirurgia:

Passo 1: Verificar se o formulário de consentimento ou o formulário de solicitação de procedimento é o correcto.

Passo 2: Marcar o local para a cirurgia ou outros procedimentos invasivos.

Passo 3: Confirmar a identificação com o doente.

Passo 4: Fazer um "time out" na sala de operações, na sala de procedimentos / exames ou na área de exame.

Passo 5: Garantir exames complementares de diagnóstico adequadas e disponíveis.

[...]

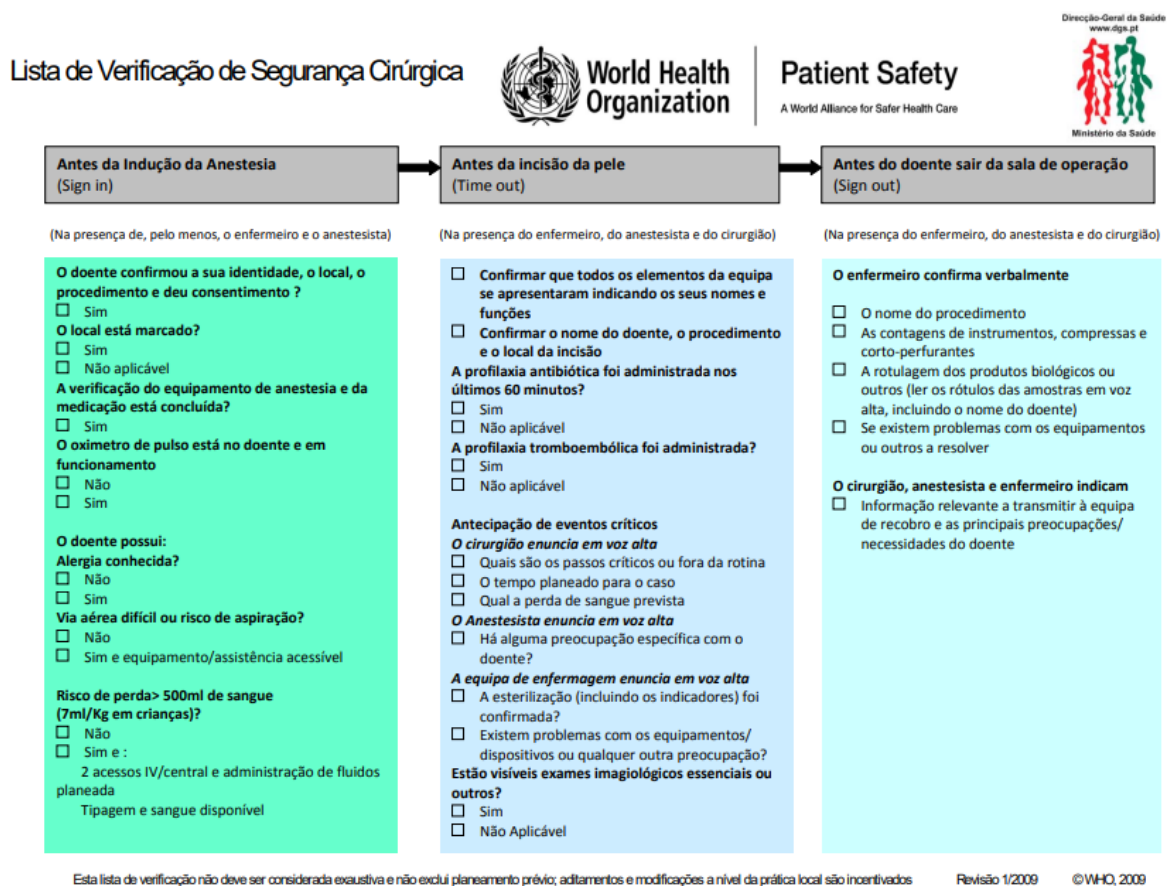
Recomendações

Altamente recomendado:

- *Antes da indução da anestesia, um membro da equipa deve confirmar que o doente está correctamente identificado, geralmente de forma verbal com o doente ou um membro da família e com uma pulseira de identificação ou outros meios adequados de identificação física. A identidade deve ser confirmada a partir não só do nome, mas também de um segundo identificador (por exemplo, data de nascimento, endereço, número hospitalar).*
- *Um membro da equipa deve confirmar que o doente deu consentimento informado para o procedimento e deverá confirmar o local e o procedimento correctos com o doente.*
- *O cirurgião que vai executar a cirurgia deve marcar o local desta em casos que envolvam lateralidade ou estruturas múltiplas ou níveis (por exemplo, um dedo da mão ou do pé, lesão da pele, vértebra). Tanto o anestesista como o enfermeiro devem verificar o local para confirmar que foi marcado pelo cirurgião que vai realizar a cirurgia e comparar a marcação com a informação que consta nos registos do doente. A marca deve ser inequívoca, claramente visível e, geralmente, feita com um marcador de tinta permanente para que não desapareça durante a preparação do local. O tipo de marcação pode ser determinado localmente: assinatura, rubrica ou colocação de uma seta no local. Uma cruz ou um 'X' devem ser evitados, porque têm sido interpretados como significando que o local é o que não deve ser operado.*

- Como verificação de segurança final, a equipa cirúrgica deve verificar em conjunto a identificação do doente e o local correcto durante um procedimento de "time out" ou pausa imediatamente antes da incisão da pele. O cirurgião deve referir, em voz alta, o nome do doente, a operação a ser realizada, o lado e o local da cirurgia. O enfermeiro e o profissional de anestesia devem confirmar que a informação está correcta. [...]”.

50. Quanto à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, a mesma consiste no seguinte:



IV. DA ANÁLISE

51. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS no âmbito dos presentes autos de inquérito, resultou apurado que a utente MB “foi submetida a uma intervenção cirúrgica no dia 4 de abril de 2025 nas instalações do Hospital CUF Descobertas (HDSC) para a correção de

Hallux Valgus bilateral e ressecção de escafóide acessório com transposição do tendão tibial posterior à esquerda.”;

52. Não obstante, “[a]pós a realização do procedimento, verificou-se que foi realizada a correção do Hallux Valgus bilateral e a ressecção de escafóide acessório com transposição do tibial anterior à direita”.
53. Importando, por isso, aferir o cumprimento, por parte da entidade Hospital CUF Descobertas, S.A., das normas e procedimentos relativos à segurança cirúrgica, melhor detalhados no capítulo precedente.
54. Neste conspecto, não se pode olvidar que a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS³ constitui – como reconhece o próprio prestador no âmbito dos procedimentos que tem em vigor nesta matéria –, um instrumento essencial para a validação da identidade do doente, do local cirúrgico e do procedimento a realizar, garantindo a rastreabilidade e a segurança do ato operatório;
55. Sendo certo que, caso esta lista de verificação tivesse sido seguida de forma sistemática e integral no caso em apreço, o erro na determinação do local / lateralidade do procedimento cirúrgico teria sido atempadamente detetado, com evicção da situação descrita pela reclamante JB.
56. Todavia, dos elementos carreados para os autos, resulta manifesto que, no caso *sub judice*, os procedimentos de verificação da segurança cirúrgica não foram corretamente observados pelos profissionais ao serviço e sob as ordens do prestador, tendo sido incumpridos em, pelo menos, dois momentos cruciais:
- i. No momento de ***Sign in*** (antes da indução da anestesia), na medida em que, de acordo com o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da OMS e com o Procedimento “*Garantir o local correto procedimento correto e a cirurgia no doente correto*”, em vigor na Hospital CUF Descobertas, S.A., o coordenador da LVSC deve:

³ Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-por.pdf>.

- “Confirmar verbalmente com o doente, a sua identidade, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e que o consentimento cirúrgico e anestésico foi realizado;
- Confirmar visualmente e verbalmente o local cirúrgico correto e a sua marcação com seta”;

E, bem assim,

- ii. No momento de **Time Out** (antes da incisão da pele), porquanto, de acordo com o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da OMS e com o Procedimento “*Garantir o local correto procedimento correto e a cirurgia no doente correto*”, em vigor na Hospital CUF Descobertas, S.A., o coordenador da LVSC, na presença de toda a equipa cirúrgica, deve:

- “Confirmar verbalmente a identificação do cliente, o procedimento e o local cirúrgico de acordo com consentimento cirúrgico”.

57. Em face do exposto, e ponderadas as falhas verificadas em momentos críticos do ato cirúrgico, conclui-se que não foram devidamente observadas as normas e boas práticas de segurança cirúrgica, nomeadamente no que respeita à verificação do local / lateralidade do procedimento cirúrgico.
58. Sendo certo que, as falhas ocorridas, porquanto se subsumem ao incumprimento de procedimentos que visam garantir a segurança e adequação do procedimento cirúrgico, encerram o potencial de produzir um grave impacto na qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados;
59. De onde resulta que a atuação dos prestadores, no caso concreto, não se revelou apta à proteção dos direitos e interesses legítimos da utente MB., mormente do direito à proteção da saúde e à qualidade e segurança dos cuidados prestados, que à ERS cabe acautelar.
60. Isto posto, e pese embora as medidas corretivas já identificadas pelo prestador, importa evitar que situações como a dos presentes autos voltem a ocorrer, tornando-se imperioso que a entidade Hospital CUF Descobertas,

S.A. assegure a devida interiorização e assunção da permanente necessidade de cumprimento dos procedimentos formais de identificação e validação pré-operatória, bem como da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica;

61. Importando, ainda, sublinhar que a eficácia de qualquer instrumento procedimental depende da sua interiorização e cumprimento efetivo por parte dos profissionais que integram a instituição, cabendo ao concreto prestador assegurar a devida consciencialização e responsabilização dos seus colaboradores quanto à imperatividade do seu integral cumprimento.
62. Termos em que se considera necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS.

V. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

63. A presente deliberação foi precedida da audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código de Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o Hospital CUF Descobertas, S.A. e a reclamante JB, ambos por ofícios datados de 4 de dezembro de 2025.
64. Decorrido o prazo concedido para o efeito, a ERS rececionou, em 30 de dezembro de 2024, o a pronúncia do prestador, nos termos que *infra* se transcrevem:

“[...]”

O Hospital CUF Descobertas S.A., (doravante HDSC) tendo sido notificado da vossa comunicação do projeto de deliberação emitido no âmbito do processo de inquérito supra referenciado, vem nos termos e para os efeitos do artigo 122.º do Código Procedimento Administrativo (CPA), apresentar a sua resposta em audiência de interessados com os fundamentos que se seguem:

A. Do processo de inquérito

1. O processo de inquérito n.º ERS/064/2025 tem origem na reclamação apresentada por [JB], na qualidade de progenitora da paciente [MB].
2. Resumidamente, a reclamação centra-se no evento adverso decorrente de um erro de lateralidade numa intervenção cirúrgica conduzida por [FS] no HDSC, a 04 de abril de 2025
3. Importa de imediato ressalvar a completa transparência e diligência institucional demonstrada desde o início.
4. O evento adverso foi imediatamente reportado às respectivas seguradoras de responsabilidade civil, sendo o médico representado pela AGEAS e o HDSC pela Fidelidade.
5. Numa demonstração de boa-fé institucional e de assunção da responsabilidade, toda a faturação relativa ao procedimento cirúrgico e consultas subsequentes foi imediatamente isentada, sendo ainda suportadas todas as despesas decorrentes de consultas em unidades de saúde externas ao grupo, garantindo a integralidade e a primazia do interesse da paciente.
6. Igualmente, o HDSC tem estado atento à reação e desenvolvimento da paciente, denotando-se um desenvolvimento favorável à sua situação clínica.
7. O desenvolvimento clínico de [MB] tem sido favorável, o que é monitorizado atentamente pelo HDSC. Deve ser sublinhado que o procedimento cirúrgico em causa era intrinsecamente necessário para a cliente, independentemente do erro de lateralidade, separando o vício de execução da correta indicação clínica inicial.

B. Da análise e correção das medidas em vigor de forma a evitar novas situações como a dos presentes autos voltem a ocorrer

8. O Hospital CUF Descobertas S.A. pauta-se pelo rigoroso cumprimento dos protocolos de segurança cirúrgica, em linha com

as melhores práticas nacionais e internacionais de Gestão de Risco Clínico.

- 9. Os factos provam que as etapas de verificação cruciais foram executadas: o Sign In foi realizado e validado na presença da progenitora na sala de locorregional e o Time Out decorreu em sala operatória com a presença de toda a equipa multidisciplinar, tendo o cirurgião principal confirmou verbalmente o procedimento e a lateralidade. como aliás foi relatado por alguns elementos da equipa.*
- 10. A ocorrência deste evento adverso, apesar do cumprimento formal dos procedimentos, indicia uma falha pontual na execução do sistema e não uma ausência do mesmo.*
- 11. A reação ex-post foi imediata e exemplar, constituindo um fator de mitigação de risco e de responsabilidade institucional.*
- 12. Assim e relativamente ao ponto 63.º da carta do V/ Projecto de Deliberação, de forma a garantir que os procedimentos elencados estão a ser cumpridos e como forma integrante do programa de qualidade e segurança em vigor no HDSC, consideram-se como ações corretivas as seguintes medidas, já reportadas:*
 - Foi prontamente aberta uma Análise de Causa Raiz (ACR) para identificação dos fatores contribuintes e respetiva correção e implementadas medidas de natureza estrutural e pedagógicas para mitigar a existência de eventos semelhantes.*
 - Desde maio de 2025, foi implementado um reforço operacional do bloco operatório e a coordenação de segurança do doente tem promovido ações de formação e sensibilização constantes, visando o cumprimento escrupuloso dos procedimentos, conforme se evidencia pelo registo de formação obrigatória realizada pelos colaboradores que aqui se junta sob a designação de Doc. 1 e se dá por integralmente reproduzido para os devidos efeitos legais.*

- Foram realizadas reuniões de serviço dedicadas à análise detalhada do incidente e dos fatores contribuintes, evidenciando o compromisso do corpo clínico e de enfermagem com a interiorização do cumprimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, conforme Doc. 2 que aqui se junta e se dá por reproduzido para os devidos efeitos legais.

- Foi realizada uma sensibilização específica às equipas multidisciplinares para a importância da confirmação dos procedimentos, não só pelos checklists, mas também através da proposta cirúrgica e do consentimento informado, criando uma dupla barreira de segurança. As ações corretivas implementadas atestam o propósito de melhoria contínua e demonstram o esforço para evitar a repetição de situações análogas

Requer-se, assim, a ponderação de todas as medidas de reparação e correção implementadas na deliberação final a proferir.”.

65. Analisados os argumentos apresentados pelo Hospital CUF Descobertas S.A. em sede de audiência de interessados, conclui-se que os mesmos não infirmam as conclusões alcançadas no projeto de deliberação notificado, designadamente quanto à inobservância material das normas e boas práticas de segurança cirúrgica no caso *sub judice*.
66. Com efeito, a ocorrência de um erro na lateralidade da intervenção cirúrgica da utente MB evidencia uma falha na validação efetiva do local do procedimento cirúrgico, não sendo suficiente o alegado cumprimento formal dos momentos de *Sign In* e *Time Out*, quando tal não assegurou a finalidade essencial dos procedimentos instituídos, em conformidade com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.
67. Acresce que, independentemente da natureza pontual ou excecional do erro invocado pelo prestador, as normas e boas práticas de segurança cirúrgica visam precisamente prevenir o erro humano previsível, cabendo ao Hospital CUF Descobertas S.A., enquanto entidade responsável pela prestação de cuidados de saúde, assegurar não apenas a existência de procedimentos,

mas também a sua efetiva interiorização, cumprimento e monitorização por parte dos profissionais ao seu serviço.

68. Sem prejuízo, reconhece-se a relevância das medidas corretivas entretanto implementadas pelo prestador, as quais foram devidamente ponderadas por esta entidade Reguladora, sem que, todavia, afastem a necessidade de manutenção da intervenção regulatória proposta, afigurando-se esta adequada e proporcional à salvaguarda da qualidade e de segurança dos cuidados de saúde e à prevenção da repetição de situações análogas à dos presentes autos;
69. Nestes termos, tendo em vista garantir uma efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, a adequação integral e permanente do comportamento do Hospital CUF Descobertas, S.A., mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS;
70. Motivo pelo qual se mantém a decisão notificada, com exceção do ponto (vi) da instrução projetada, para efeitos do qual se considera a informação prestada no âmbito da pronúncia ora exercida, bem como aquela remetida em 18 e 20 de agosto de 2025.

V. DECISÃO

71. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 19º e da 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 à entidade Hospital CUF Descobertas, S.A., no sentido de:
 - (i) Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, em conformidade com o disposto no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e na alínea b) da base 2 da Lei de Bases da Saúde;

- (ii) Garantir o integral cumprimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, utilizando-a sistematicamente em todos os atos cirúrgicos, sem omissões, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, bem como do Procedimento Interno “*Garantir o local correto procedimento correto e a cirurgia no doente correto*”;
 - (iii) Promover sessões regulares de formação e atualização sobre segurança cirúrgica, com enfoque nas responsabilidades de cada profissional nos momentos críticos do ato cirúrgico;
 - (iv) Realizar auditorias internas regulares, de forma a avaliar a execução dos procedimentos de verificação da qualidade e segurança cirúrgica existentes;
 - (v) Assegurar, em permanência, que os procedimentos descritos nas alíneas anteriores são do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, cumpridos, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade na prestação de cuidados de saúde, bem como a difusão de orientações, recomendações e boas práticas, com impacto na formação e capacitação técnica dos profissionais envolvidos.
72. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, 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 14º, 16º, 17º, 19º, 20º, 22º e 23º.*”.
73. 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, 15 de janeiro de 2026.



© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).



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

