



DELIBERAÇÕES

19 DE FEVEREIRO DE 2026

ERS/066/2025

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/066/2025;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A ERS tomou conhecimento, em 6 de junho de 2025, da reclamação subscrita por AS, visando a atuação do Hospital de São João, estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra a Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E. (ULSSJ), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 20296.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuído o número REC/55694/2025, a exponente alega, em suma, ter ficado esquecida uma compressa vaginal, aquando da realização do seu trabalho de parto no Hospital de São João, situação que apenas foi detetada, pela sua médica de família, em consulta realizada 14 dias depois da alta hospitalar da utente.
3. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração deliberou, em 28 de agosto de 2025, proceder à abertura do presente processo de inquérito.

I.2. Diligências

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Hospital de São João, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde que integra atualmente a ULSSJ, entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 20296;
 - (ii) Notificação da abertura do processo de inquérito à ULSSJ, com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, concretizado através de ofício datado de 8 de setembro de 2025 e receção da mesma no dia 24 de novembro de 2025;
 - (iii) Notificação da abertura do processo de inquérito à reclamante AS, concretizada através de ofício datado de 8 de setembro de 2025.

II. DOS FACTOS

5. No dia 2 de junho de 2025, a reclamante AS apresentou a seguinte reclamação ao Gabinete de Cidadão da ULSSJ:

“[...]”



O meu nome é [AS], utente com o número [...], e venho por este meio apresentar uma reclamação relativa ao atendimento médico que recebi no Hospital de São João, no dia 19 de maio de 2025, durante o meu parto.

[...]

Durante a minha permanência no hospital, não me foi dada qualquer explicação médica clara, nem antes nem após o parto. No dia da alta, foi-me dito que estava “tudo normal”.

Contudo, nos dias seguintes, em casa, comecei a sentir um odor desagradável e desconforto na zona dos pontos, situação que perdurou por cerca de duas semanas.

Hoje, dia 2 de junho, dirigi-me à minha médica de família, que, após ouvir os sintomas, decidiu realizar um exame. Para minha total surpresa e choque, foi verificado que ainda se encontravam compressas dentro de mim, situação que configura, a meu ver, negligência médica grave por parte da equipa do hospital. [...].”

6. Em resposta inicial à reclamação, o prestador esclareceu o seguinte:

“[...]

Relativamente à situação apresentada, com o conhecimento da Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, a qual superintende o Serviço de Obstetrícia, de acordo com os esclarecimentos prestados pela Direção do citado Serviço, agradecemos desde já o contributo com a partilha deste testemunho que serviu de mote à reflexão e discussão interna. Informamos que o testemunho reportado foi transmitido aos profissionais do Serviço, sensibilizando a equipa para melhor esclarecimento das utentes acerca da atividade no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, bem como no Serviço de Internamento pós-parto e à data de alta.

Lamentamos a situação relatada no Centro de Saúde e partilhamos que foi revisto o protocolo de atuação na sala de partos e no momento da alta, para que tal não se repita. [...].”

7. Na sequência da abertura do presente processo de inquérito, foi enviado, em 8 de setembro de 2025, à ULSSJ um pedido de elementos, 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, desde a sua admissão até à alta hospitalar, 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. *Informem quais os procedimentos/protocolos de avaliação ginecológica antes da alta e indiquem se a utente [AS] foi avaliada no âmbito desses procedimentos, identificando o profissional responsável por tal avaliação;*
4. *Se pronunciem sobre a instauração de processo de averiguação interno para apuramento dos factos ocorridos, bem como das conclusões já alcançadas acompanhadas do respetivo suporte documental;*
5. *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, com indicação se os mesmos foram seguidos no caso concreto;*
6. *Indiquem as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental;*
7. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”*

8. Nessa sequência, através de mensagem de correio eletrónico de 24 de novembro de 2025, o prestador veio remeter aos autos os esclarecimentos solicitados, nos seguintes termos:

“[...]”

Na sequência da receção do V/Ofício 284996/2025, relativo à abertura do Processo de Inquérito nº ERS/066/2025, o qual mereceu a nossa máxima atenção, apresentamos seguidamente a informação solicitada.

Convém referir que, por uma facilidade de organização, enunciamos abaixo as nossas observações e comentários seguindo a ordem dos pontos apresentados no vosso ofício.

A reclamação apresentada pela utente, refere-se à atuação da ULS São João, aquando da realização do parto, concretamente quanto ao alegado esquecimento de uma compressa vaginal.

Dando seguimento à notificação melhor referida em assunto, foi solicitada informação à Direção do Serviço de Urgência de Obstetria/Ginecologia e Serviço de Obstetria.

Após análise interna, cumpre informar 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, desde a sua admissão até à alta hospitalar, 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;***

A utente [AS] deu entrada em trabalho de parto, apresentando 8 cm de dilatação no momento da admissão. Foi encaminhada de imediato para a sala de partos, onde se verificou que já se encontrava em período

expulsivo, não sendo possível proceder à realização de analgesia epidural.

Após o parto, durante a correção da episiorrafia, foi necessária analgesia local. A colaboração da utente revelou-se difícil durante este procedimento e na avaliação subsequente.

O puerpério decorreu sem intercorrências.

Os elementos documentais que suportam o percurso acima descrito encontram-se em anexo ao presente ofício (Anexo I), incluindo a informação relativa aos profissionais médicos intervenientes no processo, que a seguir se sistematiza:

- Dr. [JA], Interna de formação especializada de Ginecologia/Obstetrícia da ULS de São João, EPE, cédula profissional n.º [...];*
- Prof. Doutora [TR], Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetrícia, Cédula Profissionais n.º [...], responsável pelo Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia no dia em questão;*
- Dr.ª [BS], Interna de formação especializada de Ginecologia/Obstetrícia da ULS Matosinhos, em estágio na ULS de São João, EPE, cédula profissional n.º [...].*

3. Informem quais os procedimentos/protocolos de avaliação ginecológica antes da alta e indiquem se a utente [AS] foi avaliada no âmbito desses procedimentos, identificando o profissional responsável por tal avaliação;

No dia da alta, a puérpera foi de novo avaliada, não tendo sido detetada a presença de compressa na vagina. Foi ainda colocado Implanon a pedido da própria.

A avaliação, conforme registos anexos, foi efetuada pela Dra. [BS] (Anexo I).

Apesar das indicações que constam na folha da alta, a utente não recorreu ao Hospital quando sentiu alterações do cheiro do corrimento vaginal,

como foi aconselhada, tendo optado por recorrer ao seu médico de família, que constatou a presença de compressa na vagina, e a retirou.

Neste seguimento é de referir que a compressa se encontrava em orifício aberto ao exterior, pelo que acabaria por sair naturalmente. A antibioterapia a que foi submetida não se encontra preconizada nestas situações.

No momento da alta, os procedimentos incluem a avaliação das queixas da puérpera, o exame da sutura perineal, quando existente, a verificação da involução uterina e o exame das mamas. As utentes devem ainda ser informadas sobre os sinais de alarme a considerar e sobre os métodos contraceptivos disponíveis.

Nestes termos, gostaríamos de reforçar que todos estes procedimentos foram cumpridos.

4. **Se pronunciem sobre a instauração de processo de averiguação interno para apuramento dos factos ocorridos, bem como das conclusões já alcançadas acompanhadas do respetivo suporte documental;**
5. **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, com indicação se os mesmos foram seguidos no caso concreto;**
6. **Indiquem as medidas corretivas adotadas em ordem a evitar situações semelhantes à reportada na reclamação supra citada, acompanhado do respetivo suporte documental;**
7. **Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.**

Após conhecimento da situação descrita pela reclamante, foram chamados os envolvidos e reforçada a necessidade de cuidado acrescido

na retirada das compressas após as suturas perineais e novamente antes da alta. Isto, desde que a puérpera aceite ser examinada, uma vez que esta avaliação não resulta de qualquer evidência clínica.

A queixa da utente foi registada na gestão de risco e trabalhada em equipa uma vez que o serviço é certificado pela APCER.

O caso foi discutido com a equipa clínica, em reunião de serviço, com o objetivo de evitar a ocorrência de situações semelhantes.”.

9. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, a ULSLSJ juntou os seguintes elementos:
 - i. Resumo do internamento da utente AS;
 - ii. Diário de Internamento da utente AS, de 19 de maio de 2025;
 - iii. Folha clínica de admissão e alta da utente AS;
 - iv. Dados do Parto da utente AS;
 - v. Declaração relativa ao Parto da utente AS;
 - vi. Relatório de Parto Instrumentado da utente AS;
 - vii. Diário de Internamento da utente AS, de 19 a 21 de maio de 2025, com o seguinte teor:

Exmo(s). colega(s)

A Sra. [REDACTED] de 24 anos, de sexo feminino com nacionalidade em Portugal, foi internada no Serv. de Obstetria deste hospital no dia 19-05-2025 pelas 13:01, com 38s e o seguinte motivo de admissão: Trabalho de parto.

- Trabalho de parto .
- Antecedentes obstétricos: 1 Gesta.
- Grupo sanguíneo: A Rh Positivo.
- StrepB positivo em .

Parto auxiliado por ventosa por estado fetal não tranquilizador em 19-05-2025 às 13:27 com 38s+0d (Recém-nascido vivo, sexo feminino, 2775g, índice de Apgar 9/10/10 ao 1º, 5º e 10º minutos, respetivamente, pH 7.221, DBecf 7.2 mmol/l.). Boa evolução clínica ao longo do internamento, sem intercorrências.

Diagnósticos do internamento: Parto a termo. Nascimento no hospital. Recém-nascido vivo. .

Foi submetida aos seguintes procedimentos: Parto auxiliado por ventosa. Episiotomia e Episiorrafia. Inserção de dispositivo de Etonogestrel.

Plano:

Explicados sinais de alarme que devem motivar a vinda ao Serviço de Urgência.

Tem alta clínica no dia 21-05-2025 às 10:51 orientada para o Médico assistente. Deverá agendar consulta de revisão do puerpério dentro de 4-6 semanas.

Alta administrativa em 21-05-2025 às 12:36

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

10. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
11. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
12. Resulta, pois, inequívoco que a ULSSJ 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.

13. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, “[à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e “[à] prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.
14. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas 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”.
15. 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”.
16. 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”.
17. 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”.
18. 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

19. 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).
20. 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)].
21. 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”.

22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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).
27. 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.

28. 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.
29. 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.
30. Aliás, refira-se que esta preocupação com a prestação de cuidados de saúde de qualidade foi igualmente vertida no Código Penal.
31. 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.*”.
32. 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.*”.
33. 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.
34. 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*.

35. 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.
36. 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).
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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 Doentes.
42. 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.
43. 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. [...].”

44. 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/acompanhamento 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. Do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

45. 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.”;

46. 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.”.*
47. 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.
48. 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.
49. 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.”.*

50. 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;*
- c) Desenvolvimento e implementação dos Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública, com especial atenção para a área da segurança do doente.”.*

IV. ANÁLISE

51. Nos presentes autos está em causa a necessidade de averiguar se, no caso concreto, a conduta da ULSSJ se revelou apta a garantir os direitos e legítimos interesses da utente AS, no que respeita à qualidade e segurança nos cuidados de saúde que lhe foram prestados.

52. E pese embora o alegado pelo prestador, no sentido de que “[n]o *dia da alta, a puérpera foi de novo avaliada, não tendo sido detetada a presença de compressa na vagina*”, certo é que não se encontra devidamente documentado no processo clínico da utente AS, o número de compressas efetivamente utilizadas e/ou removidas no decurso do respetivo trabalho de parto e dos procedimentos subsequentes.

53. Tal omissão consubstancia uma falha relevante ao nível da fiabilidade, completude e rigor dos registos clínicos, os quais devem refletir, de forma

clara, fiel e objetiva, a real situação dos utentes e os cuidados que lhes foram efetivamente prestados, em cada momento, não podendo ser colmatada, *ex post*, por alegações que não encontram respaldo na informação clínica disponível.

54. Cumprindo, neste conspecto, relembrar que os registos clínicos assumem uma função essencial enquanto instrumento de garantia de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde, permitindo a rastreabilidade dos atos praticados, a prevenção de erros assistenciais e adequada coordenação/articulação entre os diversos profissionais e serviços envolvidos.
55. Neste sentido, a inexistência de qualquer referência à contagem, verificação e remoção das compressas utilizadas no decurso do trabalho de parto da utente AS, impede a comprovação de que foram observadas as regras básicas de segurança clínica, designadamente no que respeita ao controlo da utilização de compressas durante o parto, circunstância que é exclusivamente imputável à ULSSJ.
56. Acresce referir que o argumento de que a “*compressa se encontrava em orifício aberto ao exterior, pelo que acabaria por sair naturalmente*” não releva para efeitos de exclusão ou atenuação da responsabilidade da ULSSJ, pois que a retenção de uma compressa no canal vaginal após realização de um procedimento obstétrico constitui um evento adverso evitável, incompatível com as regras de boa prática clínica e com o dever de cuidado e segurança que impende sobre os prestadores de cuidados de saúde.
57. Com efeito, a circunstância de a compressa se encontrar em contacto com o exterior não elimina os riscos associados à sua permanência no canal vaginal da utente, designadamente o risco de infeção, dor, desconforto e mau odor, riscos esses que se vieram a materializar no caso *sub judice*.
58. Razão pela qual se entende que os protocolos de segurança levados a cabo pela ULSSJ não se revelaram suficientes à proteção dos direitos e interesses legítimos da utente AS, sendo suscetíveis de impactar

negativamente a qualidade, segurança e adequação dos cuidados de saúde prestados, que cabe ao prestador garantir, nos termos do disposto na alínea b) da base 2 da Lei de Bases da Saúde e no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

59. Acresce que, de acordo com o prestador, “[n]o momento da alta, os procedimentos incluem a avaliação das queixas da puérpera, o exame da sutura perineal, quando existente, a verificação da involução uterina e o exame das mamas. As utentes devem ainda ser informadas sobre os sinais de alarme a considerar e sobre os métodos contraceptivos disponíveis.”;
60. Todavia, não resulta dos autos – porquanto não foi remetido o respetivo suporte documental pela ULSSJ – que tais práticas estejam vertidas em procedimentos, protocolos e/ou regras escritas formais, em vigor no referido estabelecimento prestador de cuidados de saúde;
61. Termos em que se impõe ao prestador a adoção/adaptação de procedimentos internos aptos a garantir que todos os instrumentos e/ou compressas utilizados no decurso de trabalho de parto são devidamente registados no processo clínico das utentes e corretamente removidos previamente à respetiva alta, assegurando, a todo o momento, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados;
62. Importando, ainda, sublinhar que a eficácia de qualquer instrumento procedimental depende, não apenas da sua existência formal, mas sobretudo da sua efetiva interiorização e cumprimento/aplicação por parte dos profissionais que integram a instituição, cabendo ao prestador assegurar a devida consciencialização, formação e responsabilização dos seus colaboradores quanto à imperatividade do seu integral cumprimento.
63. Por todo o vindo de expor, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, com intuito de evitar a repetição futura de situações como aquelas verificadas nos presentes autos.

V. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

64. 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 chamadas a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a ULSSJ e a reclamante AS, ambas por ofícios datados de 22 de janeiro de 2026.
65. Decorrido o prazo concedido para o efeito, a ERS rececionou, em 10 de fevereiro de 2026, a pronúncia do prestador, nos termos que *infra* se transcrevem:

“[...]”

Na sequência da receção do V/Ofício 10521/2026, relativo ao projeto de deliberação da Entidade Reguladora da Saúde, o qual mereceu a nossa máxima atenção, apresentamos seguidamente a pronúncia da ULS São João.

Convém referir que, por uma facilidade de organização, enunciamos abaixo as nossas observações e comentários seguindo a ordem dos pontos apresentados no vosso ofício.

(i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, em especial o direito aos cuidados mais adequados e tecnicamente mais corretos, seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, em conformidade com o disposto no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e na alínea b) da base 2 da Lei de Bases da Saúde;

A ULSSJ pugna pelo cumprimento das boas práticas de qualidade e segurança em saúde, sendo que, no âmbito das matérias apreciadas no presente processo, existe uma constante e sistemática colaboração entre a Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, das Direções

dos Serviços de Ginecologia, Obstetrícia e de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, bem como do Centro de Epidemiologia

Foram adotadas e/ou reforçadas diversas medidas, com vista a assegurar a qualidade, a segurança e a adequação técnica dos cuidados de saúde prestados no contexto do trabalho de parto.

Foi ainda reiterado junto das equipas assistenciais o dever de garantir, em permanência, a prestação de cuidados de saúde tecnicamente adequados, seguros e conformes às boas práticas clínicas, salvaguardando os direitos e interesses legítimos das utentes, nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e da Base 2 da Lei de Bases da Saúde.

(ii) Assegurar que todos os instrumentos e/ou compressas utilizados no decurso de trabalho de parto são devidamente registados no processo clínico das utentes e corretamente removidos previamente à respetiva alta, assegurando, a todo o momento, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados;

O Serviço tem já um procedimento para a contagem sistemática de compressas no bloco operatório (Anexo I_ULSSJ-PON387-0 “Contagem de compressas, ferros cirúrgicos e cortoperfurantes bloco operatório do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia”). Atendendo às especificidades do funcionamento da sala de partos e ao nível de risco associado à eventual retenção de compressas nesse contexto, que não é comparável ao de uma cirurgia, foi adotada uma medida de segurança clínica, mais eficaz e exequível, integrada nos protocolos institucionais relevantes (nomeadamente protocolos de atuação clínica de episiotomias e de cuidados de rotina e alta no puerpério).

Assim, passou a constar expressamente como procedimento obrigatório:

«No final da sutura, realizar revisão sistemática da cavidade vaginal com o objetivo de excluir a presença de compressas ou qualquer

material intravaginal, e proceder ao respetivo registo no processo clínico da mulher em “Dados do Parto”(Obscare).»

e, adicionalmente, nos cuidados à puérpera com parto vaginal:

«Revisão sistemática da cavidade vaginal com o objetivo de excluir a presença de compressas ou qualquer material intravaginal, e proceder ao respetivo registo no processo clínico da mulher em “Alta”(Obscare).»

Esta medida visa assegurar a correta remoção de todo o material utilizado e prevenir a retenção inadvertida de dispositivos ou compressas no canal vaginal.

(iii) Assegurar, de forma permanente e em qualquer situação, o registo fidedigno, completo, organizado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica e aos cuidados efetivamente prestados, garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequados à sua situação e prestados em tempo útil;

Foi reforçada a obrigatoriedade de registo fidedigno, completo, organizado e atualizado no processo clínico das utentes, tendo-se integrado na aplicação informática Obscare® um campo para o registo obrigatório de “Revisão da cavidade vaginal para exclusão da presença de compressas ou outro material intravaginal”. Este campo estruturado passará a estar integrado no registo dos “Dados do Parto” e de “Alta”. As alterações solicitadas ao sistema informático estão calendarizadas para implementação até ao final do mês de fevereiro.

(iv) Adotar os procedimentos e/ou regras internas necessários para o cumprimento do disposto nos pontos (i) a (iii);

Foram revistos os documentos que formalizam as práticas acima descritas, garantindo a sua aplicação sistemática e uniforme, mais concretamente nos seguintes protocolos de atuação clínica:

- “Anexo II_ULSSJ-PAC166-0 - Episiotomia e lacerações de 1.º e 2.º grau”
- “Anexo III_ULSSJ-PAC167-0 - Episiotomia e lacerações de 3.º e 4.º grau”
- “Anexo IV_ULSSJ-PAC168-0 - Vigilância de rotina no puerpério”

Estes documentos, em fase final de aprovação, são juntos como anexo II, III e IV, com identificação das alterações introduzidas, as quais se encontram destacadas a amarelo.

(v) Realizar auditorias internas regulares, de forma a avaliar a execução dos procedimentos de prevenção e controlo de retenção de materiais clínicos no canal de parto;

Serão realizadas auditorias internas regulares aos processos clínicos visando a:

- *avaliação do cumprimento dos procedimentos instituídos;*
- *monitorização das medidas de prevenção e controlo da retenção de materiais clínicos no canal de parto;*
- *identificação das oportunidades de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados.*

A ferramenta a utilizar para a realização destas verificações encontra-se em fase de desenvolvimento, sob o compromisso de se proceder à realização das referidas auditorias durante o 1.º semestre de 2026.

(vi) Emitir e divulgar ordens e orientações claras e precisas, para que as medidas e/ou procedimentos por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores sejam do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, cumpridos;

Está em fase final de elaboração uma comunicação interna, a remeter por correio eletrónico, emitindo ordens de serviço e orientações internas



claras e precisas, assegurando a divulgação das alterações aos procedimentos e respetivas ferramentas de registo informático junto dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados na sala de partos, com o objetivo de garantir o conhecimento efetivo e o cumprimento consistente dos procedimentos adotados. Assim que possível, será remetido comprovativo do envio.

(vii) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas supra.

Por todo o exposto, conclui-se que será dado cumprimento integral à instrução emitida por V. Exa., nos termos e prazos mencionados, o que solicitamos seja, desde já, tomado em consideração, comprometendo-se esta ULS a remeter à ERS, com a maior brevidade possível, a evidência documental da totalidade das ações adotadas para o efeito.”.

66. Em anexo à sobredita pronúncia, a ULSSJ remeteu os seguintes elementos documentais:

- i. Procedimento operacional “*Contagem de compressas, ferros cirúrgicos e cortoperfurantes no bloco operatório do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia*”, aprovado em 17 de março de 2025, com o seguinte teor:

“[...]”

6. Descrição

A contagem de instrumentos cirúrgicos, compressas e corto-perfurantes é essencial à segurança de utentes e profissionais, pelo que deve ser realizada obrigatoriamente em todas as cirurgias. As contagens envolvem dois elementos da equipa. Se a equipa de enfermagem é completa, a responsabilidade da contagem é partilhada pelos enfermeiros instrumentista e circulante. Se não existe enfermeiro instrumentista, a contagem deve ser realizada em conjunto, pelo cirurgião ou outro elemento da equipa estéril em quem ele delegue e o enfermeiro que ocupe ou acumule a valência de circulante.

A contagem de compressas e instrumentos é realizada por duas pessoas, de forma audível e sem interrupções, as quais devem ser realizadas e registadas:

- Antes do início da cirurgia;
 - Após aberturas de novos instrumentos ou pacotes de compressas para a mesa;
 - No primeiro plano de encerramento;
 - No encerramento da pele;
 - Sempre que os enfermeiros instrumentistas ou circulantes são substituídos;
 - Se a incisão for reaberta após o final da contagem.
- Em casos de erros de contagem:
- Repetir a contagem;
 - Informar o cirurgião;
 - Procurar no lixo e campos cirúrgicos;
 - Registrar o incidente;
 - Providenciar Rx.

Nota: Em situações de emergência em que a contagem não seja possível, o enfermeiro instrumentista deve informar o cirurgião e providenciar Rx intraoperatório no final da cirurgia, registando a ocorrência. Na eventualidade do cirurgião assumir após inspeção da cavidade abdominal a inexistência de compressas e decidir não proceder a confirmação imagiológica, a responsabilidade incidirá no mesmo, procedendo ao seu registo.

[...].

- ii. Protocolo de atuação clínica “*Episiotomia e lacerações de 1.º e 2.º grau*”, em fase de aprovação, com o seguinte teor:

“[...]

6. Descrição

Embora a incidência de laceração perineal seja variável, estima-se que 53-79% das mulheres sofrerão algum tipo de laceração no parto vaginal (maioritariamente lacerações de 1º e 2º grau).

O parto vaginal está associado a maior prevalência de realização de cirurgia de reconstrução do pavimento pélvico, no entanto a contribuição da episiotomia e/ou da laceração perineal no prolapso de órgãos pélvicos e na incontinência urinária mantem-se controversa.

Além disso, cerca de 30% das mulheres que têm parto vaginal com períneo íntegro, apresentam laceração de fibras do esfíncter anal, devido a estiramento durante o período expulsivo, sendo a maioria assintomática.

CLASSIFICAÇÃO DAS LACERAÇÕES PERINEAIS

- Laceração perineal de 1º grau – lesão da pele perineal com ou sem lesão da mucosa vaginal
- Laceração perineal de 2º grau – lesão da pele e músculos perineais (sem lesão do esfíncter anal)

EPISIOTOMIA

- É um alargamento da região posterior da vagina através da realização de uma incisão no períneo durante o período expulsivo.
- A episiotomia médio-lateral – incisão perineal posterior que se inicia a 3mm da linha média e progride lateralmente em direção à tuberosidade isquiática, num ângulo de 60º

Episiotomia seletiva versus episiotomia sistemática

- A episiotomia seletiva está associada a uma diminuição em 30% das lesões perineais de 3º/4º grau
- Não há diferenças na morbidade neonatal
- Não há diferenças na morbidade materna aos 6 meses pós-parto (dispareunia, vulvodinia, incontinência urinária, incontinência anal)

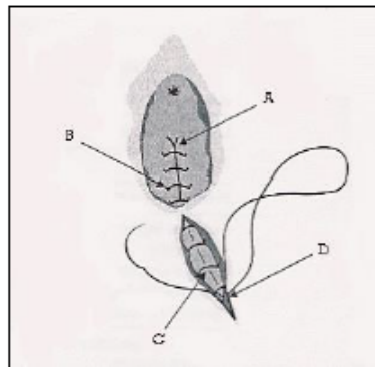
TÉCNICA CIRÚRGICA

O encerramento perineal da episiotomia ou das lacerações perineais de 2º grau com sutura intradérmica contínua utilizando poliglactina 910 de absorção rápida (Vicryl® Rapide) está associado a menor intensidade da dor nos primeiros 10 dias do puerpério, menor incidência de deiscência da ferida, melhor satisfação da puérpera com a sutura e uma redução no número de fios utilizados, sem aumento da incidência de equimoses/hematomas ou infecção perineal.

A sutura contínua com encerramento perineal intradérmico é o método de primeira escolha para execução de episiorrafia e de correção das lacerações perineais de 2º grau, nas feridas de moderada extensão e sem lesões perineais (varizes vulvares, condilomatose perineal). Nos restantes casos deve ser realizado o encerramento com pontos separados.

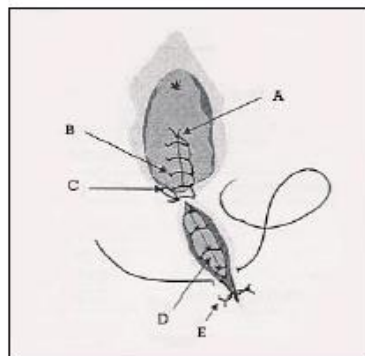
SUTURA CONTÍNUA COM ENCERRAMENTO PERINEAL INTRADÉRMICA

1. Utilização de um único fio de poliglactina 910 de absorção rápida (Vicryl® Rapide) 2/0.
2. Primeiro ponto inserido acima do vértice da lesão vaginal (A). Aplicação de nó triplo e secção da extremidade distal do fio.
3. Sutura contínua não cruzada da mucosa vaginal até às carúnculas hímenais (B). Aplicação de nó corrido triplo a este nível.
4. Encerramento dos músculos e tecido celular subcutâneo perineais com sutura contínua não cruzada (C). Aplicação de nó corrido triplo ao nível da extremidade distal da lesão perineal (D).
5. Encerramento subcutâneo do períneo em direção à vagina, passando a sutura contínua de pontos não cruzados na mucosa vulvar e terminando com nó corrido triplo ao nível das carúnculas hímenais.



SUTURA PERINEAL COM PONTOS SEPARADOS

1. Utilização de um fio de poliglactina 910 normal (Vicryl®) 2/0 e um fio de poliglactina 910 de absorção rápida (Vicryl® Rapide) 2/0.
2. Primeiro ponto com poliglactina 910 de absorção rápida (Vicryl® Rapide) inserido acima do vértice da lesão vaginal (A). Aplicação de nó triplo e secção da extremidade distal do fio.
3. Sutura contínua não cruzada da mucosa vaginal (B) até às carúnculas himeniais. Aplicação de nó corrido triplo a este nível (C) e secção da extremidade do fio.
4. Encerramento dos músculos e tecido celular subcutâneo perineais com poliglactina 910 (Vicryl®) utilizando pontos separados e nó triplo (D).
5. Encerramento do períneo em direção à vagina com fio restante de poliglactina 910 de absorção rápida (Vicryl® Rapide), utilizando pontos separados de Donati e nó triplo (E).

**REVISÃO DA CAVIDADE VAGINAL**

No final da sutura, realizar revisão sistemática da cavidade vaginal com o objetivo de excluir a presença de compressas ou qualquer material intravaginal, e proceder ao respetivo registo no processo clínico da mulher em “Dados do Parto”(Obscare).

[...].

- iii. Protocolo de atuação clínica “*Episiotomia e lacerações de 3.º e 4.º grau*”, em fase de aprovação, com o seguinte teor:

“[...]

6. Descrição

A incidência de lesão obstétrica do esfíncter anal (OASIS) triplicou nos últimos 10 anos, atingindo cerca de 3-11%. Este aumento parece dever-se a uma maior capacidade de diagnóstico destas lesões e, não necessariamente, a uma diminuição da qualidade dos cuidados de saúde. A lesão oculta do esfíncter anal pode ocorrer durante um parto não complicado e, se negligenciada, pode contribuir para a incontinência anal. Mesmo quando reconhecida e reparada, a disfunção persistente do esfíncter é considerada a causa mais comum de incontinência anal pós-parto. Os principais fatores de risco para OASIS são: nuliparidade, raça asiática, peso do recém-nascido > 4000g, variedade occipito-posterior persistente, 2º estadio do trabalho de parto prolongado, parto instrumentado e distocia de ombros.

CLASSIFICAÇÃO

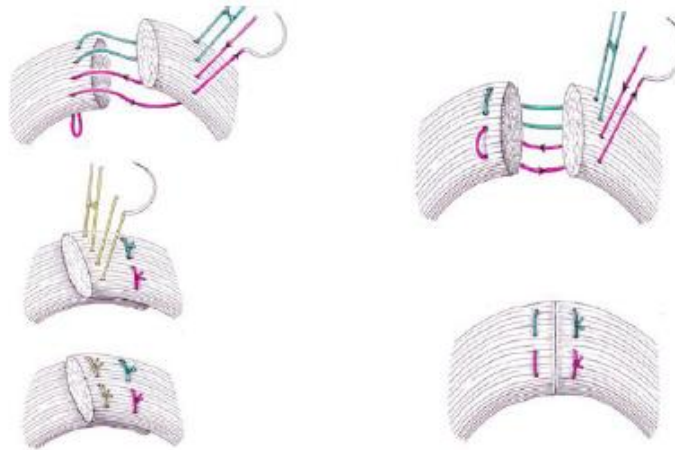
- Laceração perineal 3º grau – lesão espontânea ou associada a episiotomia que envolve as fibras do esfíncter anal externo (EAE) e/ou do esfíncter anal interno (EAI)
 - 3a – <50% das fibras do EAE
 - 3b – >50% das fibras do EAE
 - 3c – fibras do EAI
- Laceração perineal 4º grau – lesão do EAE, EAI e mucosa ano-retal

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Aplicação de compressas quentes no períneo durante o 2º estadio do trabalho de parto (recomendação classe A)
- Proteção perineal no período expulsivo (recomendação classe C)
- Episiotomia médio-lateral deve ser considerada nos partos instrumentados (recomendação classe D)
- A episiotomia médio-lateral, quando indicada, deve ser realizada num ângulo de 60º em relação à linha média, quando o períneo está distendido (recomendação classe D)

TÉCNICA CIRÚRGICA

- Deve ser efetuada por ou na presença de um especialista;
- A analgesia regional ou geral é fundamental no controlo da dor e relaxamento do esfíncter anal, permitindo a aproximação dos topos do esfíncter sem tensão;
- Deve ser administrada antibioterapia de largo espectro peri operatoriamente em toma única:
 - Cefoxitina/cefazolina 2g EV + metronidazol 500mg EV
 - Alergia à penicilina: Clindamicina 900mg EV + metronidazol 500mg EV
- A parede retal deverá ser suturada com poliglactina 910 (Vycri®) 3/0, iniciando-se acima do vértice da laceração com sutura contínua até à junção cutâneo-mucosa. Deve incluir a espessura total da parede retal, exceto a mucosa, de modo a que os bordos fiquem aproximados e a mucosa invertida para o lúmen;
- Deve avaliar-se o resultado da reparação através do toque retal: a sutura não deverá ultrapassar a mucosa retal, caso contrário deverá ser removida e efetuar-se ressutura.
- O EAI deve ser suturado com pontos separados de modo a que fique estanque, evitando a formação de fistulas reto-vaginais. A sutura deve ser feita sem tensão com poliglactina 910 (Vicryl®) 2/0 ou polidioxanona (PDS®) 3/0;
- Na reparação do EAE identificam-se os extremos, muitas vezes retraídos, profundamente à volta do ânus, com pinças Allis. A sutura deve ser feita sem tensão com poliglactina 910 (Vicryl®) 2/0 ou polidioxanona (PDS®) 3/0:
 - Laceração total do EAE – sutura com 4 ou mais pontos separados aproximando os bordos topo-a-topo (em U) ou em sobreposição;
 - Laceração 3a e algumas 3b sem laceração completa do EAE – sutura com 4 ou mais pontos separados em U aproximando os bordos topo-a-topo;
- Avalia-se o resultado da reparação através do toque retal: a sutura deverá resultar numa constrição marcada do canal anal, caso contrário deverão ser novamente aproximadas as fibras do esfíncter.
- A laceração de 4º/3º grau está agora convertida numa laceração de 2º grau (ver protocolo).



Técnicas de correção de lacerações perineais de 3º grau: a) técnica de sobreposição; b) técnica de aproximação topo-a-topo
Imagens adaptadas de Aigmuller, T., et al, 2013

REVISÃO DA CAVIDADE VAGINAL

No final da sutura, realizar revisão sistemática da cavidade vaginal com o objetivo de excluir a presença de compressas ou qualquer material intravaginal, e proceder ao respetivo registo no processo clínico da mulher em “Dados do Parto” (Obscare).

PÓS-PARTO

- Dieta pobre em resíduos nos primeiros 5 dias pós-operatório, seguida de dieta geral;
- Lactulose 30mL 2x/dia durante 10 dias pós-parto.

PROGNÓSTICO

- Cerca de 60-80% das mulheres submetidas a correção de lesões do esfíncter anal externo estão assintomáticas 12 meses após o parto.

FOLLOW-UP

- Todas as mulheres diagnosticadas com OASIS devem ser orientadas para a consulta de Grupo de Uroginecologia às 6-8 semanas pós-parto e aos 6 meses pós-parto.
- Ponderar a realização de ecografia endoanal nas mulheres com queixas de incontinência fecal e/ou dor anal 6 meses após o parto (idealmente a ecografia endoanal deveria ser realizada peri-operatoriamente para auxiliar o diagnóstico e correção das lesões perineais).

VIA DE PARTO NA GRAVIDEZ SUBSEQUENTEParto por cesariana se:

- Incontinência fecal persistente
- Função esfinteriana comprometida avaliada por ecografia endoanal ou manometria anal
- Suspeita de macrosomia fetal
- A pedido da grávida

Nos partos por via vaginal, a episiotomia não deve ser realizada por rotina.

[...].”

- iv. Protocolo de atuação clínica “*Vigilância de rotina no puerpério*”, em fase de aprovação, com o seguinte teor:

“[...]

6. Descrição

O puerpério define-se como período compreendido desde o nascimento do recém-nascido até ao 42º dia pós-parto e pressupõe a regressão das alterações anatómicas e fisiológicas associadas à gravidez. Apesar do puerpério ser um período suscetível a algumas complicações, na maioria das situações este decorre sem incidentes. Assim, os cuidados puerperais devem incluir a vigilância de parâmetros fisiológicos, prestação de cuidados gerais e/ou ministração de medicação sintomática. Nos primeiros dias de puerpério de parto vaginal, na ausência de fatores de risco, a prestação de cuidados específicos deve ser efetuada pela equipa de enfermagem, não carecendo de avaliação médica de rotina até ao momento da alta. Nos casos de parto por cesariana deverá ser feita a avaliação médica diária. Os cuidados de rotina alteram-se sempre que se verificarem complicações.

Puérpera – Parto vaginal

Avaliação sinais vitais

- Temperatura auricular 2x/dia (final turno da noite e final turno da tarde);
- Tensão arterial e frequência cardíaca 1x/dia (turno da manhã).

Revisão da cavidade vaginal

- Revisão sistemática da cavidade vaginal com o objetivo de excluir a presença de compressas ou qualquer material intravaginal, e proceder ao respetivo registo no processo clínico da mulher em “Alta” (Obscare).

Avaliação de sintomas e sinais

- Dor, queixas urinárias, trânsito intestinal, perda hemática vaginal, capacidade de prestar cuidados ao recém-nascido, dificuldades na amamentação, estado emocional.
- Coloração e hidratação das mucosas, mamas, estado de contração e involução uterina, lóquios (cor, quantidade e cheiro), inspeção do períneo e ânus, avaliação dos membros inferiores (simetria, coloração e edema).

Cuidados gerais

- Alimentação:
 - Se períneo íntegro, laceração de 1º ou 2º grau ou episiotomia: dieta geral (ou a gosto) o mais precocemente possível, se tolerada pela puérpera (habitualmente 2 horas após o parto);

- Se laceração de 3º ou 4º graus: dieta pobre em resíduos nos primeiros 5 dias pós-parto;
- Ingestão abundante de líquidos.
- 1º Levante: o mais precocemente possível, logo que a puérpera o deseje, sempre na presença de um enfermeiro. Deve ser encorajado nas primeiras 2-4 horas após o parto. Até à realização do primeiro levante deve ser estimulada a mobilização dos membros inferiores.
- Cateter venoso: retirar às 2h pós-parto, salvo indicação médica em contrário.
- Cuidados perineais: utilizar água corrente e sabão neutro/ gel de banho com pH neutro. Até ao primeiro levante os cuidados são prestados pelo enfermeiro e posteriormente pela puérpera, 2x/dia. Manter a região seca e aconselhada mudança frequente do penso absorvente.
- Banho: encorajado o banho de chuveiro após o primeiro levante. Se houver risco de queda deve ser realizado sob supervisão do enfermeiro.
- Roupa: deve ser encorajado o uso de soutien apropriado para amamentação e, se indicado, arejadores mamilares. O uso de cinta abdominal pode ser uma opção se a puérpera entender que lhe proporciona maior conforto.
- Medicação:
 - Cólicas uterinas: paracetamol 1g oral em SOS (até 8/8 horas) (se ausência de contraindicação).
 - Se dor na sutura perineal: gelo local durante 10-15 minutos 4-6 aplicações por dia. Paracetamol 1g oral de 8/8 horas, alternado com ibuprofeno 400mg oral (se ausência de contraindicação).

Puérpera – Parto cesariana

Avaliação sinais vitais

- Temperatura auricular, tensão arterial e frequência cardíaca 2x/dia (final turno da noite e final turno da tarde).

Avaliação de sintomas e sinais

- Dor, queixas urinárias, trânsito intestinal, perda hemática vaginal, capacidade de prestar cuidados ao recém-nascido, dificuldades na amamentação, estado emocional.
- Coloração e hidratação das mucosas, mamas, lóquios (cor, quantidade e cheiro), estado de contração e involução uterina, penso cirúrgico e zona envolvente e avaliação dos membros inferiores (simetria, coloração e edema).

[...].”

67. Analisada a pronúncia do prestador, constata-se que o mesmo não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;

68. Antes pelo contrário, a ULSSJ evidenciou, logo em sede de audiência de interessados, a intenção de adequar a sua conduta à instrução projetada, tendo procedido à junção de elementos comprovativos da alteração dos procedimentos internos em vigor, em conformidade com o determinado por esta Entidade Reguladora;

69. Acresce que o prestador comunicou a implementação de mecanismos adicionais de controlo e monitorização, designadamente a realização de auditorias internas regulares aos processos clínicos, bem como a emissão de orientações internas destinadas a assegurar a efetiva divulgação e cumprimento dos procedimentos revistos, assumindo o compromisso de concretização das referidas medidas no decurso do 1.º semestre de 2026.
70. Tal atuação é de valorar positivamente, reconhecendo-se a relevância das medidas corretivas entretanto adotadas, sem prejuízo de se aguardar pela remessa das versões finais e consolidadas dos procedimentos revistos, bem como pela demonstração da implementação efetiva das medidas ora anunciadas, designadamente quanto à operacionalização das auditorias internas e à emissão da comunicação interna referida, por forma a assegurar o cumprimento integral da instrução da ERS.
71. Não obstante o exposto, e tendo em vista garantir a efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa, bem como a adequação integral e permanente do comportamento da ULSSJ, por forma a prevenir a repetição de situações como a dos presentes autos, mantém-se a necessidade de intervenção regulatória por parte da ERS.
72. Em consequência, mantém-se a decisão anteriormente notificada.

VI. DECISÃO

73. 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 à Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E., no sentido de:
- (i) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, em especial o direito aos cuidados mais 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) Assegurar que todos os instrumentos e/ou compressas utilizados no decurso de trabalho de parto são devidamente registados no processo clínico das utentes e corretamente removidos previamente à respetiva alta, assegurando, a todo o momento, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados;
- (iii) Assegurar, de forma permanente e em qualquer situação, o registo fidedigno, completo, organizado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica e aos cuidados efetivamente prestados, garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequados à sua situação e prestados em tempo útil;
- (iv) Adotar os procedimentos e/ou regras internas necessários para o cumprimento do disposto nos pontos (i) a (iii);
- (v) Realizar auditorias internas regulares, de forma a avaliar a execução dos procedimentos de prevenção e controlo de retenção de materiais clínicos no canal de parto;
- (vi) Emitir e divulgar ordens e orientações claras e precisas, para que as medidas e/ou procedimentos por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores sejam do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, cumpridos;
- (vii) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

74. A instrução emitida constitui decisão 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.

75. 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, 19 de fevereiro 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

