

## Publicação de Deliberações – quarto trimestre de 2019

ERS, 09 de março de 2020

### **A – Acesso/Acesso a Cuidados de saúde**

#### **A.1. Acesso a MCDT**

[ERS/063/2019](#) - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimento de prescrição de MCDT com janela terapêutica no âmbito de tratamento oncológico.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. (CHTMAD), nos termos da qual uma utente foi operada a um tumor no peito, na semana de 17 a 21 de dezembro de 2018, e passados 5 meses ainda aguardava o início dos tratamentos de quimioterapia/radioterapia.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que o prestador não assegurou o respeito pelos direitos e interesses legítimos da utente, nomeadamente o direito de acesso aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com prontidão e respeito pelo utente, em conformidade com o estabelecido no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, abstendo-se de obstaculizar, por qualquer forma, o direito de acesso à prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, 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, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

- (ii) Adotar um procedimento de acompanhamento, articulação e encaminhamento dos processos clínicos de utentes entre o serviço de cirurgia e o serviço de oncologia no CHTMAD, com previsão de prazos máximos quando aplicável, de modo a assegurar o tratamento dos utentes com correção técnica e em tempo útil, evitando que situações idênticas à dos presentes autos se repitam no futuro;
- (iii) Assegurar, de forma permanente e efetiva, a adoção dos comportamentos tendentes ao rigoroso cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, atualmente previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;
- (iv) Garantir que todos os procedimentos por si adotados sejam capazes de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, nomeadamente, a comunicação aos utentes, com rigor, precisão e tempestividade, de todas as informações relevantes;
- (v) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos no ponto anterior sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento.

**Data da deliberação:** 3 de outubro de 2019.

**[ERS/027/2019](#)** - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de internalização de prescrição de MCDT.

A ERS tomou conhecimento de exposição alegando constrangimentos no agendamento de tratamentos de Medicina Física e Reabilitação na sequência de cuidados recebidos no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (CHBV).

Analizados todos os elementos contantes dos autos, verificou-se que o CHBV, em articulação com o ACES, e de forma a não comprometer a sua capacidade instalada, apenas presta cuidados de saúde permanentes de MFR a utentes portadores de patologia aguda, reencaminhando os utentes com patologia crónica para o centro de saúde respetivo, para que daí obtenham credencial para tratamento em entidade convencionada. Tal procedimento não desrespeita o Despacho n.º 10430/2011, importando garantir,

porém, que tal reencaminhamento não prejudica, em caso algum, a qualidade e a integração continuada dos cuidados prestados aos utentes, pelo que o CHBV deve sempre especificar, na Nota de Alta ou Relatório de Consulta, que se trata de um utente com patologia crónica, bem como o plano terapêutico detalhado que o utente deverá seguir ulteriormente.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja apto a cumprir o previsto no Despacho n.º 10430/2011 e no Despacho n.º 3796-A/2017, racionalizando a utilização da capacidade instalada do SNS para a realização de MCDT, referenciando, por regra, os utentes para entidades integrantes do SNS e limitando a subcontratação a entidades externas aos casos em que a capacidade das entidades do SNS se mostrar esgotada;
- (ii) Assegurar que o reencaminhamento de utentes para unidades de cuidados de saúde primários para continuação de MCDT não compromete, em caso algum, a qualidade e a integração continuada dos cuidados de saúde de que necessitam;
- (iii) No caso de entender reenviar utentes para unidades de cuidados de saúde primários para continuação de MCDT, fornecer informação clara e cabal sobre a sua situação clínica e propor plano terapêutico detalhado e adequado.

**Data da deliberação:** 3 de outubro de 2019

## **A.2. Acesso a PMA**

[ERS/081/2019](#) - Emissão de ordem e instrução ao Centro Hospitalar e Universitário do Porto, E.P.E., com particular incidência no Centro Materno Infantil do Norte – Dr. Albino Aroso.

**Problema de base:** Acesso a PMA

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação que refere em suma constrangimentos no acesso a tratamentos de Procriação Medicamente Assistida (PMA), no estabelecimento prestador de cuidados de saúde Centro Materno Infantil do Norte – Dr. Albino Aroso (CMIN).

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se a necessidade de assegurar que o CMIN – CHUP garanta o acesso da utente à técnica de PMA de que necessita, em tempo útil e adequado à sua situação, procedendo ao imediato agendamento

do tratamento de PMA conveniente. Mais se constatou a necessidade de garantir, relativamente aos demais utentes em lista de espera para a realização de tratamentos de PMA, o cumprimento das regras de acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente o acesso em tempo útil, em consonância com o definido no Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril, do Gabinete da Ministra da Saúde, e adequado à situação clínica de cada um.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma ordem ao Centro Hospitalar e Universitário do Porto, E.P.E., com particular incidência no Centro Materno Infantil do Norte – Dr. Albino Aroso, no sentido de garantir, em consonância com o definido no Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril, do Gabinete da Ministra da Saúde, o acesso da utente às técnicas de PMA de que necessita, em tempo útil e adequado, seja por recurso à sua capacidade instalada, seja por recurso à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, através da subcontratação de entidades externas especializadas do setor público ou do setor privado, e, bem assim, emitir uma instrução, no sentido de:

- (i) Garantir, em consonância com o definido no Despacho n.º 10789/2009, de 27 de abril, do Gabinete da Ministra da Saúde, o acesso de todos os seus utentes às técnicas de PMA, em tempo útil e adequado à situação clínica de cada um, seja por recurso à sua capacidade instalada, seja por recurso à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, através da subcontratação de entidades externas especializadas do setor público ou do setor privado;
- (ii) Informar todos os utentes do concreto tempo de espera para efetivação do tratamento pretendido, nos termos do artigo 27º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, bem como de todas as alternativas de acesso existentes.

**Data da deliberação:** 3 de outubro de 2019.

### **A.3. Acesso a SIGIC**

[ERS/017/2019](#) - Emissão de ordem e instrução à Escala Vila Franca Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. e de instrução à Sociedade de Estudos Radiológicos, Lda. - Soerad

**Problema de base:** Procedimentos de realização de cirurgia no âmbito SIGIC.

A ERS tomou conhecimento de exposição, referindo constrangimentos e demoras no acesso à realização de cirurgia por utente, o qual, transferido do Hospital Vila Franca de Xira (Hospital de Origem - HO) para a Sociedade de Estudos Radiológicos, Lda. - Soerad (Hospital de Destino - HD) mediante a emissão de Vale Cirúrgico (VC), viu o

seu processo ser devolvido ao primeiro, sem que a cirurgia em causa se tivesse realizado.

Analizados todos os elementos contantes dos autos, verificou-se que, tendo sido emitido ao utente um VC e tendo o mesmo sido informado pelo HD, em consulta de 7 de agosto de 2018, de que realizaria a cirurgia em 60 dias, ao utente foi comunicado pelo mesmo hospital, por carta remetida em 16 de janeiro de 2019, mais de 5 meses depois, o pedido de devolução do mesmo por incapacidade para realizar a cirurgia (no caso, alegou o HD a falta de Unidade de Cuidados Intensivos e de médico cardiologista no Serviço de Urgência); prazo que se revela manifestamente inadequado e irrazoável, podendo acarretar graves prejuízos para a situação clínica e para o bem-estar do utente. Paralela e acrescidamente, verifica-se que, presentemente, o utente continua a aguardar cirurgia no HO, não estando qualquer data agendada, o que, neste momento, se salda num incumprimento do TMRG legalmente aplicável de mais de 8 meses.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma ordem à Escala Vila Franca Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A., no sentido de proceder ao agendamento da cirurgia do utente, informando a ERS da respetiva data, e, bem assim, foi emitida uma instrução à Escala Vila Franca Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. e à Soerad-Sociedade de Estudos Radiológicos, Lda., no sentido de:

- Escala Vila Franca Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.

(i) Garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, designada mas não limitadamente, garantir que, na Proposta Cirúrgica, sejam mencionadas todas as co-morbilidades que afetam o utente, de forma a que, no momento em que o HD decida da aceitação ou não do utente no âmbito do Vale de Cirurgia, este possa fazer uma avaliação plena das suas capacidades e meios técnicos e/ou humanos para a realização da cirurgia;

(ii) Garantir a adoção de todos os comportamentos que assegurem, efetivamente, o rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras e prazos estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;

(iii) Assegurar que todos os procedimentos por si adotados sejam capazes de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

- Sociedade de Estudos Radiológicos, Lda. - Soerad

(i) Garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, designada mas não limitadamente, garantir que, sempre que se verifique a existência de quaisquer vicissitudes que, fundadamente, justifiquem a devolução do processo ao HO, diligenciem célere e imediatamente nesse sentido;

(ii) Assegurar que todos os procedimentos por si adotados sejam capazes de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um

acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

**Data da deliberação:** 3 de outubro de 2019.

[ERS/028/2019](#) - Emissão de ordem e instrução ao Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E. e de instrução ao Hospital da Luz – Guimarães, S.A.

**Problema de base:** Procedimentos de acesso a cirurgia no âmbito do SIGIC.

A ERS tomou conhecimento de uma exposição, referindo constrangimentos e demoras no acesso à realização de cirurgia no âmbito do SIGIC no Hospital da Luz – Guimarães, S.A. (Hospital de Destino - HD). Concretamente, verificou-se que, tendo sido emitido à utente um Vale Cirurgia ao abrigo da sua inscrição em LIC pelo Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E. (Hospital de Origem - HO) em 11 de julho de 2018, a cirurgia deveria ter sido realizada até dia 11 de janeiro de 2019, o que não sucedeu, o que significa, à presente data, um incumprimento do TMRG em mais de 8 meses.

Acresce que, em 30 de novembro de 2018, o HD registou no SIGLIC o pedido de envio de processo clínico, sendo que o HO, apesar de insistências várias, só remeteu a informação requerida em 2 de abril de 2019, período manifestamente excessivo e, note-se, já depois da própria devolução do processo pelo HD ao HO, o que evidencia uma total desarticulação de procedimentos por parte deste último. Acresce ainda que tendo a utente remetido, em 3 de dezembro de 2018, por sua iniciativa, os exames adicionais necessários ao HD (que os tinha solicitado à utente), só em 21 de janeiro de 2019 a utente foi então informada pelo HD, na sequência de um telefonema feito pela própria, que, afinal, a sua cirurgia não poderia ser aí realizada, por falta de material cirúrgico necessário, o que redundava em falta de diligência e zelo por parte do HD, que protelou, injustificadamente, a situação de

pendência da utente cujo processo foi devolvido ao HO em 24 de janeiro de 2019, continuando presentemente a utente a aguardar por cirurgia.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma ordem ao Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E., no sentido de proceder ao agendamento da cirurgia da utente, informando a ERS da respetiva data, e, caso necessário, proceder ao agendamento de consulta de reavaliação, igualmente informando a ERS da data; e, bem assim, de uma instrução ao Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E. e ao Hospital da Luz – Guimarães, S.A., no sentido de:

- Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.

(i) Garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, designada mas não limitadamente, garantir que, assim que o Vale de Cirurgia é cativado, o processo clínico da utente e demais informações sejam imediatamente remetidos ao Hospital de Destino;

(ii) Garantir a adoção de todos os comportamentos que assegurem, efetivamente, o rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras e prazos estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;

(iii) Assegurar que todos os procedimentos por si adotados sejam capazes de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

- Hospital da Luz – Guimarães, S.A.

(i) Garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, designada mas não limitadamente, garantir uma comunicação ágil e diligente com o utente e, sempre que verifique a existência de quaisquer vicissitudes que, fundadamente, justifiquem a devolução do processo ao HO, diligenciem célere e imediatamente nesse sentido;

(ii) Assegurar que todos os procedimentos por si adotados sejam capazes de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

**Data da deliberação:** 5 de novembro de 2019.



**ERS/051/2019** - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de acesso a cirurgia no âmbito do SIGIC.

A ERS tomou conhecimento de uma exposição, referindo constrangimentos no acesso à realização de cirurgia mediante utilização de Vale Cirurgia emitido no âmbito do SIGIC. Concretamente, verificou-se que, tendo sido emitido à utente um VC ao abrigo da sua inscrição em LIC pelo Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E (Hospital de Origem - HO), e tendo a utente cativado o mesmo na SANFIL – Centro Hospitalar São Francisco (HD), o seu episódio viria a ser devolvido ao HO, por inexistência no (Hospital de Destino - HD) de Unidade de Cuidados Intensivos, considerada por este último como necessária à realização da cirurgia.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que, tendo sido a utente inscrita em LIC, com prioridade normal, em 13 de março de 2017, a cirurgia deveria ter sido realizada até ao dia 13 de dezembro de 2017, tendo apenas sido realizada, no dia 26 de maio de 2019, o que se salda num grosseiro incumprimento do TMRG legalmente aplicável, com a agravante de não ter sido emitido o VC no prazo legalmente estabelecido pela entidade competente (ACSS). Acrescidamente, tendo o HD solicitado um exame complementar ao HO, e tendo sido o mesmo realizado pelo HO no dia 19 de janeiro de 2019, o exame só viria a ser remetido pelo HO ao HD depois do dia 19 de fevereiro de 2019, período que traduz uma falta de diligência e zelo por parte do HO na condução ágil do processo da utente.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar de Leiria, 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, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Assegurar, de forma permanente e efetiva, a adoção dos comportamentos tendentes ao rigoroso cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, atualmente previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;



(iii) Garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, designadamente, aquelas aplicáveis em matéria de transmissão e registo no SIGLIC de informação entre o Hospital de Origem e o Hospital de Destino no âmbito da realização de exames complementares solicitados pelo HD, procedendo com diligência e zelo no rápido envio de todas as informações necessárias ao HD;

(iv) Assegurar que todos os procedimentos por si adotados sejam capazes de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para salvaguarda de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

**Data da deliberação:** 5 de novembro de 2019.

[ERS/083/2019](#) - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de realização de cirurgia no âmbito do SIGIC.

A ERS tomou conhecimento de 3 reclamações, referindo dificuldades na realização de cirurgias no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. (CHUA).

Analizados todos os elementos constantes dos autos, constatou-se que, embora a situação dos 3 utentes esteja resolvida (porquanto todos eles foram já submetidos a cirurgia), no caso de dois deles, foi desrespeitado o TMRG legalmente aplicável. Acresce que, nos casos de dois utentes, houve vários reagendamentos da cirurgia, tendo sido o cancelamento comunicado no próprio dia da cirurgia, já com os utentes no hospital. Por outro lado, verificou-se que, no caso do utente, o CHUA não cumpriu com o dever, previsto na Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS, de emissão tempestiva do número de compromisso provisório no prazo de 5 dias úteis, tendo tal bloqueio impedido que a sua situação em LIC prosseguisse com uma maior diligência, assim contribuindo para a ultrapassagem do TMRG aplicável.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., no sentido de:

(i) Garantir que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, assegurando o acesso dos utentes a cuidados de saúde em tempo útil e adequado à sua situação clínica;

(ii) Garantir a adoção de todos os comportamentos que assegurem, efetivamente, o rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras e prazos estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;

(iii) Assegurar que todos os procedimentos por si adotados sejam capazes de promover a informação completa, verdadeira e inteligível a todos os utentes sobre os aspetos relativos ao acompanhamento da sua situação clínica, informando os utentes antecipadamente, e não no próprio dia, do cancelamento de cirurgia e da necessidade de reagendamento da mesma;

(iv) Garantir o cumprimento integral e rigoroso da Circular Informativa n.º 4/2017/UGA/ACSS, nomeadamente, o dever de fornecimento de número de compromisso ao Hospital de Destino no prazo de 5 dias úteis.

**Data da deliberação:** 19 de dezembro de 2019.

#### **A.4. Transferências Inter-hospitalares**

[ERS/054/2019](#) - Emissão de instrução à Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (ULSNE), com especial incidência no Centro de Saúde de Vimioso

**Problema de base:** Transferência inter-hospitalar de utentes.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Centro de Saúde de Vimioso (CSV), integrado na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (ULSNE), alegando a utente que, no dia 14 de março de 2019, se dirigiu ao Centro de Saúde de Vimioso, com uma hemorragia uterina devido a um tratamento, tendo-lhe sido recusado o atendimento. Com efeito, refere a utente que "[f]omos informados que teríamos de esperar pelo atendimento de outros utentes (...) ou que a melhor opção seria dirigir-nos, diretamente, em carro próprio ao serviço de urgência em Bragança, na qual ainda são 48,3km. (...) a minha mãe meteu-me no nosso carro (...), eu alagada em sangue e a querer desmaiar, a minha mãe foi obrigada a parar bruscamente (...) a pedir socorro (...) a emergência médica, que me socorre[eu] no local e me transport[ou] para o Hospital de Bragança onde dei entrada com a pulseira laranja. (...)".

Analizados todos os elementos contantes dos autos, apurou-se a existência de constrangimentos na realização da transferência da utente, do CSV para a Unidade Hospitalar de Bragança (UHB), ambos integrados na ULSNE, os quais impactam com o seu direito de acesso a uma prestação integrada e tempestiva de cuidados de saúde. Com efeito, uma vez detetada a necessidade de transferência da utente, dos cuidados primários

para os hospitalares, o prestador deveria – ao invés de transferir o ónus do contacto com o 112 e do transporte para a utente e para a sua mãe – ter acionado o transporte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM) e contactado o prestador de destino, de modo a garantir a referida prestação integrada, continuada e tempestiva de cuidados de saúde, a qual não se compagina com o transporte do utente, por familiares, em veículo próprio e sem qualquer acompanhamento médico e/ou de enfermagem.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução à Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., com especial incidência no Centro de Saúde de Vimioso, no sentido de:

- (i) Garantir, de forma imediata e tempestiva, o acionamento do CODU do INEM, para concretização da necessidade de transferência, sempre que o quadro clínico dos utentes o justifique ou, pelo menos, indicie uma indefinição ou imprevisibilidade da situação clínica;
- (ii) Garantir, de forma efetiva e permanente, o cumprimento das regras aplicáveis em matéria de transferência de utentes, designadamente o cumprimento das Redes de Referência Hospitalar em vigor, garantindo o contacto telefónico prévio com a instituição de destino;
- (iii) Garantir que, sempre que esteja em causa o transporte inter-hospitalar de um utente e este entenda deslocar-se em viatura própria, seja por este assinado previamente o Termo de Responsabilidade de Recusa de Transporte Hospitalar, ficando ainda registado, sempre que aplicável, que tal foi uma opção do utente, em virtude de ter sido sujeito a um tempo de espera excessivo para efetivação do transporte ou de qualquer outro condicionamento operativo imposto pelo prestador.

**Data da deliberação:** 3 de outubro de 2019.

#### **A.5. Discriminação de utente em função da entidade financiadora**

[ERS/038/2019](#) - Emissão de instrução ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Médio Tejo e ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

**Problema de base:** Discriminação de utente pelo facto de ser beneficiário subsistema de saúde.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT), nos termos da qual uma utente terá sido encaminhada para o CHMT, pelo Centro de Saúde, por haver necessidade da realização de MCDT – em

concreto, uma radiografia (RX) e análises clínicas. Sucede que, conforme confirmado pelo prestador, a realização do referido RX terá sido recusada com fundamento na qualidade da utente de beneficiária da ADSE.

Analizados todos os elementos contantes dos autos, verificou-se que o acesso da utente ao Serviço Nacional de Saúde foi condicionado com base na sua qualidade de beneficiária do subsistema de saúde da ADSE. Ora, apesar de a ERS já se ter pronunciado sobre esta matéria em intervenções regulatórias anteriores – em especial, no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/57/2017, bem como no seu parecer relativo ao tratamento de utentes beneficiários do SNS que sejam, simultaneamente, beneficiários do subsistema de saúde da ADSE, publicado em 13 de janeiro de 2015 –, no sentido de considerar a necessidade de garantir que qualquer utente do SNS que seja, simultaneamente, beneficiário de um subsistema de saúde, usufrua dos mesmos direitos e esteja obrigado ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, constatou-se que, na situação concreta da utente em questão, tal entendimento não foi integralmente prosseguido pelos dois prestadores envolvidos.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Médio Tejo e ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., no sentido de:

- (i) Adotarem os procedimentos internos necessários para que seja respeitado o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde por todo e qualquer utente do SNS, incluindo o acesso aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica no âmbito do mesmo;
- (ii) Assegurarem que os utentes do SNS que sejam simultaneamente beneficiários de um qualquer subsistema público de saúde, usufruem dos mesmos direitos e estão obrigados ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, no estrito cumprimento do direito fundamental previsto na CRP, de acesso universal e equitativo ao SNS.

**Data da deliberação:** 3 de outubro de 2019.

#### **A.6. Acesso a Cuidados Hospitalares**

[ERS/160/2018](#) - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. e ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

**Problema de base:** Integração da prestação de cuidados de saúde

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (CHLN) e Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPO Coimbra), a qual evidencia a existência de constrangimentos no acesso da utente a cirurgia de reconstrução mamária, referindo a reclamante, por um lado, que “[e]m 2016, Junho recorri ao (...) para tratar da contratura capsular da mama esquerda que me provocava dores debilitantes, pois o Hospital Santa Maria recusou-se a tratar, ou sequer efectuar exames para verificar a situação” e, por outro, que o “Relatório de Setembro do IPO de Coimbra acusa ruptura da Prótese, e neste momento nenhuma destas instituições me apresenta resolução do meu problema”.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, e ainda que a situação da utente se encontre resolvida/em vias de resolução, verificou-se que as condutas do CHLN e do IPO Coimbra não se revelaram garantísticas da proteção dos direitos e interesses legítimos da utente, que à ERS cumpre garantir, mormente do direito a uma prestação tempestiva e integrada de cuidados de saúde.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. e ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., no sentido de:

- Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

(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, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

(ii) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover a informação completa, verdadeira e inteligível, com antecedência, rigor e transparência a todos os utentes, sobre todos os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para garantia de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento prestador na rede nacional de prestação de cuidados de saúde;

(iii) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos no ponto anterior sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento.

- Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

(i) Assegurar que, nas situações em que constata não possuir capacidade para a prestação de cuidados de saúde, por falta de recursos e/ou condições técnicas essenciais à sua realização, os utentes sejam encaminhados para unidade hospitalar que garanta a prestação dos cuidados de saúde necessários, e em tempo útil;

(ii) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover a informação completa, verdadeira e inteligível, com antecedência, rigor e transparência a todos os utentes, sobre todos os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para garantia de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento prestador na rede nacional de prestação de cuidados de saúde;

(iii) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos no ponto anterior sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento.

**Data da deliberação:** 3 de outubro de 2019.

[ERS/127/2018](#) - Emissão de recomendação à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e ao Instituto Português Oncologia Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

**Problema de base:** Acesso a especialidade de Urologia – TMRG.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Instituto Português Oncologia Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (IPOLFG), nos termos da qual o exponente, na qualidade de médico de família, denuncia a “[...] recusa por parte do IPO de Lisboa - consulta de Urologia - em marcar consulta para doente, com a justificação que não tem capacidade para resposta em tempo útil, dado que estão a operar doentes de Novembro de 2017”.

Em resposta à reclamação datada de 29 de junho de 2018, o IPOLGF refere que “[...] lamentavelmente o Serviço de Urologia do IPO de Lisboa tem um tempo previsível de espera de 6 a 7 meses. Neste contexto, e, uma vez que a doente necessita de ser intervencionada com urgência, é do maior interesse para utente ser encaminhada para um serviço público de saúde onde possa ser programada a intervenção cirúrgica com maior celeridade.”.

Subsequentemente, por razões de identidade material, foi apensada ao processo de inquérito uma outra reclamação.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, conclui-se que em ambos os casos não se efetivou uma verdadeira violação do direito de acesso das utentes, porquanto, e ainda que em desrespeito pelo TMRG legalmente fixado para o efeito, as utentes acabaram por ver o seu acesso garantido com a marcação da consulta – primeira consulta no respeitante à primeira utente apenas – e a realização do procedimento cirúrgico, embora no caso da última utente em estabelecimento de cuidados de saúde distinto por força da referência múltipla.

Todavia, não se poderá descurar os dados presentes no Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde do ano de 2018 do IPOLFG e da Análise da Lista de Espera dos Doentes Inscritos para Cirurgia do ano de 2018, que estatuem que na especialidade de Urologia foram operadas 421 pessoas, sendo que em 50% o tempo de espera foi superior ao TMRG previsto e, bem assim, que foram realizadas 174 primeiras consultas, apenas 3 realizadas fora do TMRG legalmente previsto. Dados estatísticos que denotam que a problemática, na especialidade de Urologia do IPOLFG, não se resume às duas situações presentes nos autos, mas constitui um problema sistemático de incapacidade de resposta, em tempo útil, da própria instituição, no respeitante à intervenção cirúrgica urológica.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma recomendação à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., à Administração Regional de Saúde do Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e ao Instituto Português Oncologia Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. no sentido de procederem, em articulação, a uma análise e ponderação da necessidade de adoção de medidas que permitam a agilização da realização de intervenção cirúrgica no âmbito da especialidade de Urologia, seja por recurso a outros estabelecimentos hospitalares do SNS, seja mediante a celebração de convenções, de modo a garantir uma capacidade de resposta adequada e tempestiva e em respeito pelos TMRG legalmente vigentes.

**Data da deliberação:** 28 de novembro de 2019.



**ERS/012/2017\_A** - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

**Problema de base:** Acesso a cirurgia por utentes com recusa de transfusão sanguínea.

A ERS tomou conhecimento do teor da reclamação, nos termos da qual um utente alega ter-lhe sido negado o acesso a uma cirurgia no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, (CHLO), em virtude da sua recusa em receber transfusões sanguíneas.

Considerando os indícios resultantes da análise efetuada naqueles autos de processo de inquérito, bem como, o estatuído no n.º 2 do artigo 4.º, no n.º 1 e alínea b), do n.º 2 do artigo 5.º, alíneas b), c) e d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, nas alíneas a), b) e d) do artigo 12.º, na alínea a) do artigo 13.º, na alínea c) do artigo 14.º, nas alíneas a) e b) do artigo 19.º, no n.º 2 do artigo 22.º e nos pontos i) e ii) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, por deliberação do CA da ERS de 28 de junho de 2018, foram instaurados os autos de processo de contraordenação n.º PCO/290/2018.

No dia 8 de agosto de 2018, foi apensada aos autos de processo de contraordenação uma reclamação, onde também é descrita uma recusa de acesso a cirurgia no mesmo estabelecimento prestador de cuidados de saúde, em virtude da recusa do utente em receber transfusões de sangue.

Na sequência das diligências encetadas nos autos de processo de contraordenação, e independentemente da eventual responsabilidade contraordenacional que aí venha a ser determinada, justifica-se uma intervenção regulatória da ERS, ao abrigo do exercício dos seus poderes de supervisão.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., no sentido de:

- (i) Adotar os procedimentos internos necessários para orientar a atuação dos seus profissionais de saúde nos casos de utentes que necessitam de cuidados de saúde, e que recusam transfusões sanguíneas, quer em contexto de urgência, quer em contexto de atividade programada, por forma a respeitar a vontade dos utentes e as objeções dos profissionais e garantindo, ao mesmo tempo, que a Lei é cumprida e que é possível encontrar outras soluções que garantam o direito de acesso dos utentes aos serviços de saúde e ao SNS;
- (ii) Adotar os procedimentos internos necessários para orientar a atuação dos seus profissionais de saúde nos casos de utentes que necessitam de realizar cirurgias, e que recusam transfusões sanguíneas, a cumprir o disposto no Manual do SIGIC, aprovado e publicado pela ACSS em 2011, quanto à inscrição do utente na LIC na qual devem ser

obrigatoriamente identificados os constrangimentos específicos da intervenção em causa, nomeadamente a “recusa de sangue por motivos religiosos” (cfr. página 15 do referido Manual, parágrafo 13º);

(iii) Garantir a segurança e a adequação das suas instalações e equipamentos, no que diz respeito ao armazenamento dos processos clínicos e informações de saúde.

**Data da deliberação:** 5 de dezembro de 2019.

#### **A.7. Desvio de utentes**

**ERS/046/2018** - Emissão de instrução ao ACES Baixo Tâmega, com especial incidência na USF Terras do Romântico.

**Problema de base:** Desvio público/privado.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação da Unidade de Saúde Familiar (USF) de Terras do Romântico, entidade prestadora de cuidados de saúde integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Tâmega, nos termos do qual um profissional de saúde do ACES Baixo Vouga lhe sugeriu, após avaliação da sua situação clínica, o agendamento de uma consulta no seu consultório privado.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, constatou-se que a conduta da USF Terras do Romântico não se revelou garantística da proteção dos direitos e interesses legítimos da utente, que à ERS cumpre garantir, mormente, do direito de acesso aos cuidados de saúde e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, bem como, do direito à liberdade de escolha.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao ACES Baixo Vouga, com especial incidência na USF Terras do Romântico, no sentido de:

- (i) Garantir que todos os seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço se abstenham da prática de quaisquer atos que sejam aptos a prejudicar a objetividade, integralidade e integridade da informação prestada aos utentes sobre acesso a cuidados de saúde e sobre acesso à rede de entidades convencionadas ou à rede de referência hospitalar;
- (ii) Garantir que todos os seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço se abstenham de sugerir ou prescrever aos utentes, por qualquer forma ou meio, o recurso a uma determinada e específica entidade prestadora de cuidados de saúde do setor privado e/ou social, incluindo aos próprios;

(iii) Promover o conhecimento e formação dos seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço sobre o dever de respeitar os direitos e interesses legítimos dos utentes de cuidados de saúde, designadamente, o direito fundamental da liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde;

(iv) Promover uma investigação célere e diligente de situações que, constituindo evidência de violação de direitos e legítimos interesses dos utentes, determinem a necessidade de uma intervenção tempestiva junto dos respetivos intervenientes por forma a pôr termo a práticas irregulares de prestação de cuidados de saúde.

**Data da deliberação:** 11 de outubro de 2019.

**ERS/134/2018** - Emissão de instrução ao ACES Baixo Vouga.

**Problema de base:** Desvio público/privado.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Vagos, entidade prestadora de cuidados de saúde integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Vouga, nos termos da qual uma profissional de enfermagem do ACES Baixo Vouga prestou cuidados ao seu marido através do Centro de Saúde, e que na fase final de vida daquele, a mesma lhe passou a pedir dinheiro. Mais refere desconhecer se os cuidados que lhe prestou eram no âmbito do Centro de Saúde ou a título privado.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que a conduta do UCC Vagos não se revelou garantística da proteção dos direitos e interesses legítimos do utente que à ERS cumpre garantir, mormente, do direito de acesso aos cuidados de saúde e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, bem como do direito à liberdade de escolha.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao ACES Baixo Vouga, com especial incidência na UCC Vagos, no sentido de:

(i) Garantir que todos os seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço se abstenham da prática de quaisquer atos que sejam aptos a prejudicar a objetividade, integralidade e integridade da informação prestada aos utentes sobre acesso a cuidados de saúde e sobre acesso à rede de entidades convencionadas ou à rede de referência hospitalar;

(ii) Garantir que todos os seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço se abstenham de sugerir ou prescrever aos utentes, por qualquer forma ou meio, o recurso a uma determinada e específica entidade prestadora de cuidados de saúde do setor privado e/ou social, incluindo aos próprios;

(iii) Promover o conhecimento e formação dos seus gestores, trabalhadores ou prestadores de serviço sobre o dever de respeitar os direitos e interesses legítimos dos utentes de cuidados de saúde, designadamente, o direito fundamental da liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde.

**Data da deliberação:** 11 de outubro de 2019.

#### **A.8. Procedimentos de aplicação do RGPD.**

[ERS/098/2019](#) - Emissão de instrução à Clínica Dentária e Médica Dr.<sup>a</sup> Vanda Gandum, Lda.

**Problema de base:** Procedimentos de aplicação do RGPD

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação da Clínica Dentária e Médica Dr.<sup>a</sup> Vanda Gandum, Lda. (CDM), nos termos da qual o utente ter-se-á deslocado às instalações do prestador, para realização de consulta e possível tratamento, tendo-lhe esta sido recusada pelo prestador, em virtude de o utente "não concordar em assinar uma declaração de proteção de dados em que tinha que dar consentimento do possível fornecimentos dos [seus] dados a entidades subcontratadas, estudos e trabalhos".

Analizados todos os elementos constantes dos autos, não foram recolhidos indícios de que a recusa de prestação de cuidados de saúde, baseada no cumprimento da legislação

sobre proteção de dados, tenha violado o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde. Não obstante, considerando a necessidade de garantir que o comportamento futuro do prestador esteja em conformidade com a salvaguarda dos direitos e interesses legítimos de todos os utentes, com especial enfoque no direito de acesso, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução à Clínica Dentária e Médica Dr.<sup>a</sup> Vanda Gandum, Lda., no sentido de:

- (i) Garantir o respeito pelos princípios da igualdade e da não rejeição e discriminação infundada de utentes, abstendo-se de recusar a prestação de cuidados de saúde sempre que atue no âmbito de aplicação das alíneas a) e b) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS;
- (ii) Para concretização do ponto anterior, adotar procedimentos internos, incluindo os relativos à implementação do Regulamento Geral de Proteção de Dados, que não sejam suscetíveis de constituir entraves de acesso a utentes beneficiários do SNS ou de subsistemas públicos de saúde;
- (iii) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais.

**Data da deliberação:** 22 de novembro de 2019.

## **B – Qualidade da prestação de cuidados de saúde/Cuidados de Saúde e Segurança do Utente**

### **B.1. Procedimentos de prevenção e avaliação do risco de queda**

[ERS/155/2018](#) - Emissão de instrução Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de prevenção e avaliação risco de queda.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. relativamente à alegada queda nas escadas da enfermaria do estabelecimento hospitalar de uma utente, devido à falta de segurança das portas.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que os procedimentos internos aplicados pelo CHTV, na situação em apreço, não se revelaram aptos a garantir a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde à utente.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E., no sentido de:

- a) Implementar procedimentos que assegurem que, em contexto de serviço de urgência e/ou de serviço de internamento, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados, de forma consentânea com a verificação de eventuais alterações do seu estado de saúde, assegurando dessa forma a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

- i. Detalhando as diferentes responsabilidades (nomeadamente de diagnóstico, prevenção, documentação e notificação) e seus destinatários;
  - ii. Objetivando as medidas a adotar por todos os profissionais e nos diferentes espaços em que possam ocorrer ou ser presenciadas quedas (graduação de risco e detalhe das medidas de prevenção a adotar em função dos resultados das avaliações realizadas);
- b) Rever o procedimento interno para a avaliação do risco de queda dos utentes e de prevenção da ocorrência desse incidente;
- c) Adotar e implementar as medidas preconizadas no relatório de participações à gestão de risco do primeiro semestre de 2018 e, bem assim, no relatório final do processo de averiguações à queixa apresentada pelo exponente;
- d) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais.

**Data da deliberação:** 5 de novembro de 2019.

[ERS/037/2019](#) - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de prevenção e avaliação risco de queda.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., nos termos da qual uma utente terá sofrido uma queda no serviço de internamento do prestador, fraturando o colo do fémur, e na sequência da qual, terá sido submetida a cirurgia e encaminhada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que os procedimentos assistenciais empregues pelo prestador não foram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos da utente, mormente do direito à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança. Ao que acresce que o prestador não demonstrou possuir procedimentos específicos para a avaliação do risco de queda dos utentes e para a prevenção da ocorrência desses incidentes, nem tão pouco 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.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., no sentido de:

a) Adotar medidas e/ou procedimentos para avaliação do risco de queda dos utentes e prevenção da sua ocorrência, por forma a que, quer no Serviço de Urgência, quer nos Serviços de Internamento, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados, de modo consentâneo com o seu estado de saúde, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designadamente:

- i. Detalhando as diferentes responsabilidades (nomeadamente de diagnóstico, prevenção, documentação e notificação) e seus destinatários;
- ii. Objetivando as medidas a adotar por todos os profissionais e nos diferentes espaços em que possam ocorrer ou ser presenciadas quedas (graduação de risco e detalhe das medidas de prevenção a adotar em função dos resultados das avaliações realizadas); e

b) Garantir o permanente cumprimento das normas e orientações em vigor, a cada momento, sobre incidentes de quedas e eventos adversos, nomeadamente no que respeita "a metodologia de desenvolvimento da Análise das Causas Raiz", de acordo com a Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, de 30/07/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos e sobre a sua notificação ao organismo com competência para fazer a respetiva análise e monitorização, nos termos da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, relativa ao Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, ou quaisquer outras de conteúdo idêntico que sobre as mesmas matérias venham a ser aprovadas;

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

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

**Data da deliberação:** 5 de novembro de 2019.



**ERS/092/2019** - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de prevenção e avaliação do risco de queda.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., alegando que uma utente, de 91 anos, sofreu uma queda durante o período de internamento.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que, apesar de o CHMT ter em vigor os procedimentos necessários para evitar que situações como a dos presentes autos ocorram, estes não foram corretamente seguidos por aquela unidade.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., no sentido de:

- (i) Cumprir, de forma permanente e efetiva, as medidas e/ou procedimentos internos, com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designada, mas não limitadamente, medidas e/ou procedimentos de avaliação do risco de queda dos utentes e de prevenção da ocorrência desse incidente;
- (ii) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais
- (iii) Garantir que todo e qualquer procedimento administrativo por si adotado se revele capaz de assegurar a informação prévia, clara, completa e inteligível a todos os utentes e/ou familiares que a si se dirigem, assegurando, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade dos utentes.

**Data da deliberação:** 28 de novembro de 2019.

### **B.3. Procedimentos de identificação de utentes**

**ERS/076/2019** - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimento de administração terapêutica.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (CHS), nos termos da qual “[...] foi administrado um xarope ao meu filho

[...] que não era para ele. Trocaram as fichas terapêuticas de meninos com o primeiro nome parecido [...]”.

Após diligências tidas por necessárias, apesar de ter sido possível constatar a existência de procedimentos para a prescrição e administração de medicação no Serviço de Pediatria do CHS e procedimentos para prevenir a ocorrência de erros na identificação de utentes, foi possível identificar algumas insuficiências e fragilidades no cumprimento dos procedimentos em vigor no CHS, concretamente, no que respeita à prevenção da ocorrência de erros na administração de medicação.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir o cumprimento dos procedimentos internos em vigor relativos ao processo de gestão da medicação, com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designadamente garantindo a correta identificação do utente, correta dosagem e sua dupla confirmação;
- (ii) Garantir, em permanência, o respeito pelo direito dos utentes à qualidade dos cuidados de saúde, assegurando que todos os procedimentos sejam efetivamente cumpridos pelos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
- (iii) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos e nas normas aplicáveis, no que respeita à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nomeadamente, efetuando a participação da sua ocorrência assim que dela tiverem conhecimento, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação e Incidentes.

**Data da deliberação:** 3 de outubro de 2019.

[ERS/044/2019](#) - Emissão de instrução ao Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social.

**Problema de base:** Procedimentos de identificação de utentes na realização de MCDT.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS), responsável por diversos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, entre os quais, o Centro Clínico Ambulatório. De acordo com a referida reclamação, alega a exponente que o prestador lhe entregou um relatório clínico de exame errado, porquanto era relativo a outra utente.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, constatou-se que o prestador assume que “por erro humano, foi colocado um relatório médico dentro do envelope relativo ao exame feito à utente [...], o qual não correspondia ao exame efetuado à mesma mas sim a terceiro” e, pese embora, o SAMS tenha informado a existência de procedimentos específicos sobre a correta identificação dos utentes, em vigor à data dos factos que originaram a reclamação dos autos, certo é que não juntou documentos comprovativos dos mesmos, os quais de resto não foram corretamente seguidos pelos profissionais ao seu serviço.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social, no sentido de:

- (i) Garantir o permanente cumprimento das normas aplicáveis e dos procedimentos internos sobre execução de exames, elaboração, rotulagem e registo dos respetivos relatórios, inclusão dos mesmos nos processos clínicos dos utentes a quem respeitam e comunicação do resultado a estes últimos;
- (ii) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos e nas normas aplicáveis, no que respeita à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação e Incidentes;
- (iii) Garantir, em permanência, o respeito pelos direitos dos utentes à informação e qualidade dos cuidados de saúde, assegurando que todos os procedimentos sejam efetivamente cumpridos pelos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes.

**Data da deliberação:** 11 de outubro de 2019.

**ERS/146/2018** - Emissão de instrução à Clínica de Diagnóstico de Sines, S.A. - CLIDIS

**Problema de base:** Procedimentos de identificação de utentes na realização de MCDT.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação da Clínica de Diagnósticos de Sines, S.A. (Clidis), na qual o exponente alega que lhe foi entregue um exame com o resultado errado.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, foram recolhidos indícios de que a atuação do prestador pode ter desrespeitado os direitos e interesses legítimos do utente, os quais cabe à ERS acautelar, nomeadamente, o direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade, com especial enfoque nos procedimentos destinados à prevenção da ocorrência de erros no registo de exames de diagnóstico e terapêutica.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução Clínica de Diagnóstico de Sines, S.A. - CLIDIS, no sentido de:

- (i) Adotar e/ou rever os procedimentos internos, com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designadamente no que respeita aos procedimentos de validação de resultados e identificação e controlo de não conformidades;
- (ii) Assegurar que as normas aplicáveis e os procedimentos internos sobre execução de exames, elaboração, rotulagem e registo dos respetivos relatórios, inclusão dos mesmos nos processos clínicos dos utentes a quem respeitam e comunicação do resultado a estes últimos, são cumpridos pelos seus profissionais;
- (iii) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos e nas normas aplicáveis, no que respeita à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nomeadamente, efetuando a participação da sua ocorrência assim que dela tiverem conhecimento, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação e Incidentes.

**Data da deliberação:** 17 de outubro de 2019.

**ERS/057/2019** - Emissão de instrução ao HPP Saúde - Parcerias Cascais, S.A. Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida.

**Problema de base:** Procedimentos de administração farmacológica.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, na qual a exponente alega que, no dia 30 de março de 2019, tendo-se deslocado com a filha à “[...] Urgência do Hospital de Cascais com “[...] uma [...] infecção urinária. Após a triagem, [...]”, por lapso, foi-lhe colocado soro com cortisona que tinha sido prescrito a outra utente.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, apesar de ter sido possível verificar a existência de procedimentos para a prescrição e administração de medicação no Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida e procedimentos para prevenir a ocorrência de erros na identificação de utentes, foi possível identificar algumas insuficiências e fragilidades no cumprimento dos referidos procedimentos, concretamente, no que respeita à prevenção da ocorrência de erros de troca na administração de medicação prescrita.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao HPP Saúde - Parcerias Cascais, S.A. Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, no sentido de:

- (i) Garantir o cumprimento dos procedimentos internos em vigor relativos ao processo de gestão da medicação, com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designadamente garantindo a correta identificação do utente, correta administração e sua dupla confirmação;
- (ii) Garantir, em permanência, o respeito pelo direito dos utentes à qualidade dos cuidados de saúde, assegurando que todos os procedimentos sejam efetivamente cumpridos pelos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
- (iii) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos e nas normas aplicáveis, no que respeita à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nomeadamente, efetuando a participação da sua ocorrência assim que dela tiverem conhecimento, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação e Incidentes.

**Data da deliberação:** 17 de outubro de 2019.

**ERS/080/2019** - Emissão de instrução ao Hospital Lusíadas, S.A.

**Problema de base:** Procedimentos de identificação de utentes na realização de MCDT.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Hospital Lusíadas do Porto, pertencente ao Hospital Lusíadas S.A., alegando que um utente realizou uma ressonância magnética no referido estabelecimento de saúde, porém “No dia 7 de junho de 2019, foi a uma consulta da especialidade e qual não é o espanto do médico e nosso ao ver o exame trocado [...]”, pois ter-lhe-á sido entregue uma ecografia de um senhor 39 anos mais velho.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, foi possível identificar a existência, à data dos factos, de algumas fragilidades nos procedimentos em vigor no Hospital Lusíadas do Porto no que respeita, concretamente, à prevenção da ocorrência de erros na identificação de utentes e na rotulagem e registo de relatórios de exames realizados, inclusão dos mesmos nos processos clínicos dos utentes a quem respeitam.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Hospital Lusíadas, S.A., no sentido de:

- (i) Garantir o cumprimento dos procedimentos internos em vigor relativos à execução de exames, elaboração, rotulagem e registo dos respetivos relatórios, inclusão dos mesmos nos processos clínicos dos utentes a quem respeitam e comunicação do resultado a estes últimos;
- (ii) Implementar um procedimento tendente à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nomeadamente, efetuando a participação da sua ocorrência assim que dela tiverem conhecimento, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação e Incidentes;
- (iii) Garantir, em permanência, que os procedimentos descritos nas alíneas anteriores são do conhecimento dos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes.

**Data da deliberação:** 17 de outubro de 2019.

**ERS/016/2019** - Emissão de instrução ao Hospital Privado de Braga, S.A.

**Problema de base:** Procedimentos de identificação de utentes na realização de MCDT.

A ERS tomou conhecimento de 2 reclamações, visando o Hospital Privado de Braga, S.A., alegando uma troca de identificação nos exames entregues pelo prestador.

Analizados todos os elementos contantes dos autos, foram recolhidos indícios de que a atuação do prestador pode ter desrespeitado os direitos e interesses legítimos dos utentes, os quais cabe à ERS acautelar, nomeadamente, o direito de acesso a cuidados de saúde de qualidade, com especial enfoque nos procedimentos destinados à prevenção da ocorrência de erros de identificação dos utentes e no registo e rotulagem de exames de diagnóstico e terapêutica.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Hospital Privado de Braga, 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, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Garantir que os procedimentos internos sobre execução de exames, rotulagem e registo dos respetivos relatórios, inclusão dos mesmos nos processos clínicos dos utentes a quem respeitam e comunicação do resultado a estes últimos, são aptos a assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, designadamente, à prevenção da ocorrência de erros/troca de identificação de utentes.
- (iii) Para cumprimento da alínea anterior, garantir a divulgação por todos os seus profissionais dos procedimentos em causa, bem como, a todo o tempo, o seu escrupuloso cumprimento.

**Data da deliberação:** 22 de novembro de 2019.



**ERS/095/2019** - Emissão de instrução ao Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora, S.A.

**Problema de base:** Procedimentos de identificação de utentes na realização de MCDT.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora, S.A., alegando a exponente que o prestador lhe entregou um relatório clínico de exame errado, porquanto era relativo a outro utente.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, constatou-se que, pese embora, o Hospital da Luz CCA, à data dos factos que originaram a reclamação dos autos, tivesse instituído procedimentos específicos sobre a entrega de exames, concretamente na identificação inequívoca dos utentes, certo é que os mesmos não foram corretamente seguidos pelos profissionais ao seu serviço. Importa, por isso, assegurar o integral respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes à informação e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora, S.A., no sentido de:

- (i) Garantir o permanente cumprimento das normas aplicáveis e dos procedimentos internos sobre execução de exames, elaboração, rotulagem e registo dos respetivos relatórios, inclusão dos mesmos nos processos clínicos dos utentes a quem respeitam e comunicação do resultado a estes últimos;
- (ii) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos e nas normas aplicáveis, no que respeita à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação e Incidentes,
- (iii) Garantir, em permanência, o respeito pelos direitos dos utentes à informação e qualidade dos cuidados de saúde, assegurando que todos os procedimentos sejam efetivamente cumpridos pelos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes.

**Data da deliberação:** 5 de dezembro de 2019.

**ERS/097/2019** - Emissão de instrução ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

**Problema de base:** Identificação de utentes em contexto de Serviço de Urgência.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E. (HFF), alegando a exponente que a sua mãe “foi vista na triagem onde lhe atribuíram a cor amarela, mas [...] colocaram uma pulseira com um nome idade e restante caracterização errada”, mais reclamando do tempo de espera para atendimento médico, por a doente ter esperado cerca de 20h no serviço de urgência e ainda ter-lhe sido prescrita uma receita, também ela com identificação errada.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, foi possível identificar algumas insuficiências e fragilidades no cumprimento dos procedimentos em vigor no HFF, concretamente, no que respeita à prevenção da ocorrência de erros na identificação de utentes, designadamente no contexto da triagem do serviço de urgência, bem como no cumprimento dos tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester; pelo que importa garantir que HFF se consciencializa da necessidade dos procedimentos em vigor serem efetivamente cumpridos, garantindo, que os mesmos são respeitados pelos profissionais ao seu serviço.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir o cumprimento dos procedimentos internos em vigor relativos à prevenção da ocorrência de erros na identificação de utentes, com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados;
- (ii) 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, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (iii) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade dos utentes, não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;

(iv) Garantir, em permanência, o respeito pelo direito dos utentes à qualidade dos cuidados de saúde, assegurando que todos os procedimentos sejam efetivamente cumpridos pelos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;

(v) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos e nas normas aplicáveis, no que respeita à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nomeadamente, efetuando a participação da sua ocorrência assim que dela tiverem conhecimento, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação e Incidentes.

**Data da deliberação:** 5 de dezembro de 2019.

#### **B.4. Procedimentos de ativação Via Verde AVC**

[ERS/075/2019](#) - Emissão de instrução à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de ativação Via Verde AVC.

A ERS tomou conhecimento de exposição, visando a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E., referindo, em suma, constrangimentos na qualidade da prestação de cuidados de saúde a utente, no decurso de episódio de urgência em 29 de outubro de 2018, especificamente sobre a realização de TAC cerebral e ativação da Via Verde AVC (VV AVC). Em suma, refere o reclamante que a utente deu entrada no Hospital Amato Lusitano, dia 29 de outubro de 2018 pelas 22h00, por suspeita de AVC, e que apenas realizou uma TAC pelas 23 horas do dia 30 de outubro de 2018, uma vez que o equipamento TAC se encontrava avariado.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que os procedimentos empregues pelo prestador não foram aptos à garantia dos direitos e interesses legítimos da utente, não tendo sido garantida uma prestação integrada de cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e adequados à sua situação clínica;

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, 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, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Assegurar a implementação de todas as regras e procedimentos aptos a garantir, de forma permanente e efetiva, o acesso aos cuidados de saúde, designada mas não limitadamente, na área da Imagiologia, que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, e em tempo útil, garantindo a prestação integrada dos cuidados de saúde;
- (iii) Garantir, em permanência, o respeito dos direitos dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, assegurando a correta utilização do procedimento intra-hospitalar de ativação da Via Verde AVC, por forma a assegurar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável;
- (iv) Garantir que os equipamentos utilizados para a realização de TAC são objeto da devida manutenção e verificação da sua boa condição de funcionamento para satisfação das necessidades de agendamento assumidas;
- (v) Prever as medidas necessárias para assegurar que, perante a avaria de um equipamento, ou em qualquer outra situação excecional, seja garantido o seguimento dos utentes afetados e o acesso à prestação tempestiva e com qualidade de cuidados de saúde;
- (vi) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os seus profissionais de saúde.

**Data da deliberação:** 5 de novembro de 2019.

#### **B.5. Procedimentos de identificação de cirurgia segura**

[ERS/163/2018](#) - Emissão de uma instrução à Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. - SGHL

**Problema de base:** Procedimentos de identificação de cirurgia segura.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), relativa à não retirada de uma compressa vaginal, na sequência de realização do trabalho de parto da utente.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, constatou-se que “[...] existiu um erro, humano, pontual e atípico, que levou ao esquecimento de uma compressa aquando da realização do seu parto no passado dia 17 de agosto e pelo qual apresentamos o nosso sincero pedido de desculpa”. Sendo certo que, a não retirada de uma compressa vaginal, impacta gravemente com o direito da utente à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança.

E, pese embora o prestador refira que “[a] pesar da contagem de compressas não ser feita, são efetuados de forma sistemática, procedimentos de verificação de alguma retenção”, certo é que não esclareceu em que moldes tal verificação é efetuada, nem tão pouco resulta dos autos que esta prática esteja vertida em procedimentos e regras escritas, em vigor no referido estabelecimento prestador de cuidados de saúde, visto que o HBA não juntou aos autos quaisquer documentos comprovativos do alegado.

Por outro lado, e pese embora questionado pela ERS sobre os procedimentos existentes para 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, o prestador não se pronunciou a este respeito, nem tão pouco logrou demonstrar nos autos a sua existência.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução à Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A.- SGHL, no sentido de:

- (i) Garantir, de forma permanente e efetiva, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados mais adequados e tecnicamente mais corretos, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Adotar procedimentos aptos a garantir que todos os instrumentos e/ou compressas utilizados no decurso de trabalho de parto são corretamente removidos, assegurando, a todo o momento, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados;
- (iii) Garantir o permanente cumprimento das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação e Incidentes, adotando

procedimentos e/ou normas internas para a identificação, registo e comunicação de eventos adversos, incidências ou erros aos serviços com responsabilidades nas áreas de gestão de risco e/ou qualidade e segurança, seja a nível interno, seja ao nível externo;

(iv) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais.

**Data da deliberação:** 24 de outubro de 2019.

**ERS/072/2019** - Emissão de uma instrução aos Hospitais Portugueses, S.A. - Hospor, com particular incidência no Hospital da Luz de Setúbal, S.A.

**Problema de base:** Procedimentos de realização de colonoscopia.

A ERS tomou conhecimento de exposição, referindo intercorrências graves na sequência de colonoscopia realizada no Hospital da Luz de Setúbal, SA.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que, após realização de colonoscopia e da colocação de uma sonda na zona retal, o utente viria a sentir dores intensas no final desse mesmo dia, tendo-se concluído que a sonda havia ficado esquecida no reto do utente, o que determinou a necessidade de o mesmo ser assistido em contexto de episódio de urgência numa unidade de saúde do SNS para a remoção da mesma. O prestador reconheceu o erro grave e informou ter procedido já à revisão dos seus procedimentos internos, importando, porém, garantir que os mesmos passem a incluir, no que respeita a colonoscopias e quaisquer outros exames endoscópicos em que a colocação de sonda possa ter lugar, a menção expressa à necessidade de verificação da remoção de sonda de enteróclise.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução aos Hospitais Portugueses, S.A. - Hospor, com particular incidência no Hospital da Luz de Setúbal, 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, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março (com a redação conferida pela Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro);

(ii) Rever os procedimentos de verificação da qualidade e segurança existentes em matéria de colonoscopias e quaisquer outros exames endoscópicos em que a colocação de sonda

possa ter lugar, passando a incluir em todos os documentos/procedimentos escritos a menção expressa à necessidade de verificação da remoção de sonda de enteróclise;

(iii) Assegurar, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos novos a adotar para cumprimento da instrução sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais de saúde.

**Data da deliberação:** 13 de dezembro de 2019.

#### **B.6. Qualidade da prestação de cuidados saúde no decurso de trabalho de parto**

[ERS/040/2019](#) - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos anestésicos no decurso de trabalho de parto.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E. (CHUA), nos termos da qual a utente não teve acesso a epidural no decurso do trabalho de parto.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, considera-se pertinente a adoção da atuação regulatória delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, no sentido de o CHUA-UHP garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado se revele capaz de assegurar a informação prévia, clara, completa e inteligível a todos os utentes que a si se dirigem, de forma a respeitar os seus direitos e legítimos interesses.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E., no sentido de:

(i) Garantir que todo e qualquer procedimento administrativo por si adotado se revele capaz de assegurar informação prévia, clara, completa e inteligível a todos os utentes que a si se dirigem;

(ii) Informar, através de consentimento informado assinado na admissão da grávida, que as utentes apenas poderão beneficiar de analgesia por via epidural se (i) o anestesista escalado para o Serviço de Urgência Geral estiver disponível e (ii) no período entre as 8h00 e as 20h00, podendo ser alargado até às 24h00;

(iii) Informar todas as utentes que poderão deslocar-se a outras unidades de saúde, bem como informar as utentes de todas as alternativas de acesso existentes.

**Data da deliberação:** 14 de novembro de 2019.



**ERS/124/2018** - Emissão de instrução à Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

**Problema de base:** Qualidade da prestação de cuidados saúde no decurso de trabalho de parto.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (ULSNE), alegando, em suma, que durante a realização de trabalho de parto, não lhe foram prestados cuidados de saúde de qualidade e adequados à sua situação clínica, o que terá culminado no falecimento da sua filha recém-nascida.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, verificou-se que os procedimentos assistenciais empregues pelo prestador não se revelaram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos da utente, que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à proteção da saúde e à continuidade dos cuidados prestados.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução à Unidade Local de Saúde do Nordeste, 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, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Relativamente à prestação de cuidados de saúde nos termos da alínea anterior, garantir a adequação dos seus procedimentos às características ou circunstancialismos que façam elevar, especial e acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia ou especial vulnerabilidade dos utentes;
- (iii) Garantir, de forma permanente e em qualquer situação, o registo obrigatório, fidedigno, completo, atempado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica, garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequados à sua situação e prestados em tempo útil;
- (iv) Assegurar a existência de procedimentos, no serviço de obstetrícia, para a realização de trabalho de parto e para a operacionalização de transferências de emergência de recém-nascidos, que sejam aptos a garantir, de forma permanente, efetiva e em tempo útil, a prestação de cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, em cada momento;
- (v) Implementar procedimentos que assegurem que, durante a permanência no serviço de obstetrícia, as utentes sejam devidamente monitorizadas e acompanhadas, de forma

consentânea com a verificação de eventuais alterações do seu estado de saúde e que garanta uma resposta atempada e clinicamente integrada às mesmas;

(vi) Garantir, a todo o momento, a existência e disponibilidade prévia do material necessário na sala de partos, incluindo material de reanimação;

(vii) Garantir, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que as regras e procedimentos referidos nos pontos anteriores sejam do conhecimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, garantindo o seu correto seguimento.

**Data da deliberação:** 13 de dezembro de 2019.

### **B.7. Procedimento de análise de tipo sanguíneo**

**ERS/105/2019** - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimento de análise tipo sanguíneo.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., alegando a existência de erro no resultado da análise realizada ao tipo sanguíneo de utente.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, “Confirmou-se que o teste [foi] corretamente realizado (na técnica e no resultado), sendo o seu resultado correto e que na origem da discrepância detetada estava um erro que tinha ocorrido na transcrição manual do mesmo para o sistema informático”. E, pese embora, no caso concreto, à data dos factos que originaram a reclamação, o CHUA já tivesse instituídos procedimentos específicos para “transcrição de Resultados Imunohematológicos, emissão e o envio de relatórios [...] conforme o Procedimento Técnico PT.027”, certo é que os mesmos não foram corretamente seguidos pelos profissionais ao seu serviço. Importando, por isso, assegurar o integral respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes à informação e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., no sentido de:

(i) Garantir o permanente cumprimento das normas aplicáveis e dos procedimentos internos para a correta transcrição dos resultados de exames e/ou análises clínicas realizadas, quer para o sistema informático, quer para os processos clínicos e/ou documentos mais específicos;

(ii) Garantir, em permanência, o respeito pelos direitos dos utentes à informação e qualidade dos cuidados de saúde, assegurando que todos os procedimentos sejam efetivamente cumpridos pelos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes.

**Data da deliberação:** 22 de novembro de 2019.

### **B.8. Procedimento de registo no processo clínico do utente**

[ERS/047/2019](#) - Emissão de instrução ao Escala Vila Franca - Hospital de Vila Franca de Xira.

**Problema de base:** Procedimentos de registo no processo clínico do utente.

A ERS tomou conhecimento de uma reclamação, visando a atuação do Escala Vila Franca - Hospital de Vila Franca de Xira (HFVFX), na qual a reclamante refere que a triagem não foi realizada corretamente, o que culminou na morte de utente.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, constatou-se não existirem evidências de que a conduta do HFVFX, no que aos procedimentos referentes à triagem e posterior encaminhamento do utente com diagnóstico de AVC concerne, tenham desrespeitado os legítimos interesses do utente, porquanto, foram assegurados os cuidados de saúde de que o utente necessitava, de forma permanente, efetiva e em tempo útil. Não obstante, conclui-se que os registos clínicos dos cuidados de saúde se mostravam não conformes, uma vez que não são fiáveis, não reproduzem a real situação do utente, bem como os cuidados efetivamente prestados.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Escala Vila Franca - Hospital de Vila Franca de Xira, 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, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de qualidade, celeridade, prontidão e humanidade, não os sujeitando a longos períodos de

espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;

(iii) Assegurar a existência de procedimentos que garantam que os registos clínicos dos utentes sejam fiáveis e reproduzam a real situação clínica, bem como os cuidados efetivamente prestados;

(iv) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os seus profissionais de saúde.

**Data da deliberação:** 28 de novembro de 2019.

### **C- Direito à reclamação no setor público/Focalização no Utente**

[ERS/089/2019](#) - Emissão de instrução ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de apresentação imediata e gratuita do Livro de Reclamações

A ERS tomou conhecimento de reclamação, referente à atuação do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. (HFF), alegando a recusa do Livro de Reclamações.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, conclui-se que se verificaram constrangimentos no direito da utente à reclamação e apresentação de queixa, não tendo o prestador assegurado as condições necessárias ao exercício do mesmo, de forma imediata tal como legalmente se lhe impõe.

Ademais, apurou-se que a conduta do HFF não se revelou consentânea com a garantia dos direitos e interesses legítimos da utente, em especial o direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde, adequados à sua situação clínica e prestados em tempo útil. Importando, portanto, assegurar a eficácia de medidas/procedimentos, como o procedimento de retriagem/reavaliação de utentes em vigor no HFF, para a garantia do mencionado direito.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 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, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente,

com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

(ii) Garantir o respeito pelo direito fundamental à reclamação e apresentação de queixa que assiste a todos os utentes do sistema de saúde, através da disponibilização, imediata e gratuita, do livro de reclamações, sempre que este seja solicitado, independentemente do conteúdo, da pertinência e/ou da identificação do autor da reclamação;

(iii) Sensibilizar e dar formação adequada a todos os seus funcionários e colaboradores sobre o direito à reclamação e apresentação de queixa que assiste a todos os utentes do sistema de saúde, bem como para a necessidade de o respeitar, independentemente do conteúdo, da pertinência e/ou da identificação do autor da reclamação;

(iv) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos a adotar para cumprimento da presente instrução sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais de saúde.

**Data da deliberação:** 17 de outubro de 2019.

[ERS/056/2019](#) - Emissão de instrução ao Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte, com especial incidência na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Miranda do Corvo.

**Problema de base:** Procedimentos de disponibilização imediata e gratuita do Livro de Reclamações.

A ERS tomou conhecimento de um auto de notícia por contraordenação remetida pela Guarda Nacional Republicana, Posto Territorial de Miranda do Corvo, visando a atuação do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte, na sua Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Miranda do Corvo, na medida em que foi recusado o Livro de Reclamações a utente.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, constatou-se que se verificaram constrangimentos no direito do utente à reclamação e apresentação de queixa, não tendo o prestador assegurado as condições necessárias ao exercício do mesmo.

No seguimento da reclamação apresentada pelo utente, o prestador informou ter adotado uma medida corretiva, nomeadamente relembrar as profissionais da UCSP da necessidade de melhoria na comunicação/informação principalmente no serviço de admissão. Não obstante, importa concretizar tal medida para a garantia do direito dos utentes à reclamação e apresentação de queixa, bem como, assegurar a eficácia da mesma e

realizar outras diligências mais adequadas ao presente caso, prevenindo-se a ocorrência de situações idênticas à denunciada.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte, com especial incidência na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Miranda do Corvo, no sentido de:

- (i) Garantir o respeito pelo direito fundamental à reclamação e apresentação de queixa que assiste a todos os utentes do sistema de saúde, através da disponibilização, imediata e gratuita, do Livro de Reclamações, sempre que este seja solicitado, independentemente do conteúdo, da pertinência e/ou da identificação do autor da reclamação;
- (ii) Sensibilizar e dar formação adequada a todos os seus funcionários e colaboradores, sobre o direito à reclamação e apresentação de queixa que assiste a todos os utentes do sistema de saúde, bem como para a necessidade de o respeitar, independentemente do conteúdo, da pertinência e/ou da identificação do autor da reclamação;
- (iii) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos a adotar para cumprimento da presente instrução sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais de saúde.

**Data da deliberação:** 14 de novembro de 2019.

## **E- Outros Direitos dos Utentes/Focalização no utente**

### **E.1. Do Direito ao Acompanhamento**

**ERS/059/2019** - Emissão de instrução à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

**Problema de base:** Direito de acompanhamento em consulta de obstetrícia.

A ERS tomou conhecimento de uma exposição, a qual versa sobre questões relacionadas com o direito de acompanhamento em consulta obstetrícia na Unidade de Saúde Local do Baixo Alentejo, EPE. Concretamente, verificou-se que, estando a referida utente grávida, nas duas consultas de obstetrícia realizadas com a médica, esta recusou a entrada do pai do bebé na consulta, mais tendo sido apurado que essa prática – recusa de acesso a consulta por parte do pai em consultas de obstetrícia – está, de facto, instituída no prestador, apenas se permitindo a entrada do acompanhante em 3 ecografias (1.º Trimestre; Morfológica; e de desenvolvimento). Tal prática mostra-se desrespeitosa do direito de acompanhamento tal qual ele se encontra previsto na lei, nomeadamente, na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, com a última redação conferida pela Lei 110/2019, de 9 de

setembro, tanto mais que o “Regulamento de Visitas” interno do prestador se encontra manifestamente desatualizado.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução à Unidade de Saúde Local do Baixo Alentejo, EPE, no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde, em especial, o direito de acompanhamento de utentes grávidas em consulta de obstetrícia, no respeito pelo disposto no artigo 12.º e seguintes da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, com a redação conferida pela Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro;
- (ii) Proceder à revisão das suas práticas e documentos internos (nomeadamente, o documento “Regulamento de Visitas”) em matéria de direito de acompanhamento, em especial, de utentes grávidas em consulta de obstetrícia, por forma a que estes passem a respeitar o estipulado no artigo 12.º e seguintes da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, com a redação conferida pela Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro;
- (iii) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover, junto de todos os utentes, a informação completa, verdadeira e inteligível sobre todos os aspetos relativos ao direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde, em especial, o direito de acompanhamento de utentes grávidas em consulta de obstetrícia, para o efeito devendo, designadamente, afixar informação relevante em local acessível aos utentes;
- (iv) Assegurar, em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos novos a adotar para cumprimento da instrução sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os profissionais de saúde.

**Data da deliberação:** 14 de novembro de 2019.

[ERS/107/2019](#) - Emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.

**Problema de base:** Procedimentos de comunicação de óbito.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), alegando a exponente, em suma, que o utente, seu pai, se encontrava internado no CHUC no setor de acidentes cardiovasculares, e faleceu pelas 07h00 de dia 9 de fevereiro de 2019. No entanto, a reclamante apenas teve



conhecimento do seu falecimento mais de 9 horas após o ocorrido, na sequência de uma tentativa de visita ao pai.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, o prestador refere ter constatado “[...] não ter existido o cumprimento do artigo 5 do regulamento Pos-Mortem, [concretamente] a atempada comunicação à família que não foi realizada. Contudo, o conteúdo dos documentos escritos, é revelador da assumpção de responsabilidade quer da equipa de enfermagem, e sobretudo do médico em causa que fez o pedido de desculpas [...], justificando o não cumprimento do seu dever, por ter sido chamado à urgência.”.

Assim, pese embora o prestador possua procedimentos relativos à garantia do direito ao acompanhamento e à comunicação à família em caso de morte, não subsistem dúvidas de que, *in casu*, não foi cumprido o preconizado nos referidos procedimentos e, por decorrência lógica, não foi acautelado, no âmbito do direito ao acompanhamento, o direito do acompanhante ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir, a todo o momento, o rigoroso e permanente cumprimento dos procedimentos internos instituídos para a prestação de informação aos acompanhantes/familiares dos utentes, assegurando que estes sejam devidamente informados, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e garantindo especial cuidado, celeridade e correção na comunicação de informação sensível, como o óbito de familiar;
- (ii) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais de saúde.

**Data da deliberação:** 13 de dezembro de 2019.

## **E.2. Do Direito à Informação Completa e do Acesso aos Processos Clínicos.**

[ERS/002/2019](#) - Emissão de instrução ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

**Problema de base:** Acesso a processo clínico.

A ERS tomou conhecimento de 2 reclamações, visando a atuação da entidade Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), alegando o extravio do processo clínico dos utentes.

Subsequentemente, por razões de identidade material, foram apensadas ao processo de inquérito outras 3 reclamações.

Analizados todos os elementos contantes dos autos, concluiu-se que o prestador não assegurou a guarda e conservação dos processos clínicos das utentes, verificando-se, em ambos os casos, a impossibilidade de localizar os respetivos processos e a sua indisponibilização aos profissionais de saúde no atendimento ao doente.

Já no respeitante a dois utentes, constatou-se que, em 29 de abril de 2019, data da resposta do CHUC ao pedido de elementos, os seus processos clínicos se encontravam completos no arquivo clínico deste último.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., no sentido de:

- (i) Adotar todas as medidas possíveis para garantir a segurança e a adequação das suas instalações e equipamentos, no que diz respeito ao armazenamento dos processos clínicos e informações de saúde, nomeadamente implementar integralmente, nos termos já programados, o sistema Sonho V2 e Sclínico;
- (ii) Adotar todas as medidas possíveis para reconstituir a informação clínica afetada, nomeadamente das utentes A.M. e P.R., e informar as utentes abrangidas;
- (iii) Assegurar que todos os procedimentos, nomeadamente o procedimento PG-02.00 de acesso ao processo clínico do doente e procedimento PG-01.00 sobre confidencialidade da informação contida no processo clínico, são efetivamente cumpridos pelos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
- (iv) Informem a ERS se já foi possível localizar o processo clínico da utente M.B., e no caso de resposta negativa, adotem todas as medidas possíveis para reconstituir a informação clínica afetada, e informem a utente abrangida.

**Data da deliberação:** 22 de novembro de 2019.

[ERS/070/2019](#) - Emissão de instrução à Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.

**Problema de base:** Procedimentos de acesso a processo clínico.

A ERS tomou conhecimento de reclamação, visando a atuação da entidade Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A., referindo, em suma, que requereu, por diversas vezes, todo o processo clínico ao prestador e que o acesso ao mesmo lhe foi negado.

Subsequentemente, por razões de identidade material, foi apensada ao processo de inquérito uma outra reclamação.

Analizados todos os elementos constantes dos autos, concluiu-se que o prestador não assegurou o direito de acesso tempestivo dos utentes ao respetivo processo clínico e informação de saúde.

Tudo visto e ponderado, foi emitida uma instrução à Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A., no sentido de:

- (i) Respeitar o direito de acesso tempestivo dos utentes aos respetivos processos clínicos e informação de saúde, seja por consulta ou reprodução, nos termos previstos na Lei;
- (ii) Assegurar que os procedimentos internos de acesso dos utentes aos respetivos processos clínicos e informação de saúde, em conformidade com a legislação nacional e europeia em vigor, sejam efetivamente cumpridos pelos profissionais de saúde do prestador;
- (iii) Garantir a resposta atempada a pedidos de utentes para acesso à informação clínica e sempre que existir impossibilidade de resposta, fundamentar a mesma nos termos previstos na lei.
- (iv) Assegurar que todos os profissionais ao seu serviço respeitam as regras de acesso dos utentes aos respetivos processos clínicos e informação de saúde.

**Data da deliberação:** 13 de dezembro de 2019.

### **Contactos**

Entidade Reguladora da Saúde

 +351 222 092 350

 +351 222 092 351

 [geral@ers.pt](mailto:geral@ers.pt)

 <http://www.ers.pt>

### **Outras informações**

[Instruções](#)

[Recomendações](#)

[Pedidos de informação online](#)

[Livro de Reclamações online](#)



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

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2020

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).