

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

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/055/2020;

**I. DO PROCESSO**

**I.1. Origem do processo**

1. No dia 6 de fevereiro de 2020, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por CC, em 25 de janeiro de 2020, visando a atuação da Lorseior - Atividades Sociais, Lda. – Domus Vitae, entidade prestadora de cuidados de saúde registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 22952.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/12277/2020, a exponente alega que o utente AS, seu pai, sofreu várias quedas no decurso de um episódio de internamento naquele estabelecimento prestador de cuidados de saúde.

Mais referindo, que durante o período de internamento não foram prestados os cuidados de que o utente necessitava.

3. Considerando a necessidade de recolher outros elementos de análise para melhor perceção dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 26 de junho de 2020, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/055/2020, no âmbito do qual foram recolhidos indícios de que a atuação do prestador terá 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 de avaliação do risco de queda.

## **I.2 Diligências**

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:

(i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS onde se constatou que a Lorseior - Atividades Sociais, Lda. – Domus Vitae, é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o número 22952;

(ii) Notificação de abertura de processo de inquérito remetida à exponente em 2 de julho de 2020;

(iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos remetido ao prestador por ofício de 2 de julho de 2020, bem como análise da resposta rececionada em 11 de agosto de 2020.

## **II. DOS FACTOS**

### **II.1 Da reclamação**

5. “[...] No dia 2 de setembro de 2019, o meu pai, AS [...] entrou nesta Unidade de Cuidados Continuados, Domus Vitae, depois de ter sofrido um AVC hemorrágico, do qual ficou com graves sequelas, uma delas a total falta de mobilidade. No dia 22 de setembro, por volta das 17h, recebi um telefonema desta UCC para me informar que o

*meu pai tinha caído da cadeira de rodas, porque quem o colocou na cadeira se esqueceu de lhe colocar a contenção/proteção. Insistiram que tal aconteceu porque o meu pai fez força até a cadeira tombar para a frente, o que considero impossível de acontecer, pois o meu pai tem 80 anos, sofreu um AVC e nem coloca os pés no chão, quanto mais fazer força até virar uma cadeira de rodas. Ficou com hematomas na face e no braço direito. Prometeram que iam ter mais cuidado.*

*No dia 29 de outubro às 19h30, recebi outro telefonema para me informar que o meu pai voltou a cair da cadeira de rodas. Desta vez tinha a contenção/proteção mas foi escorregando e como a proteção não estava devidamente atada, encontraram-no sentado nos pés da cadeira. Durante quanto tempo esteve o meu pai e todos os outros utentes sem supervisão de um funcionário? Imagino que terá sido durante bastante tempo, visto que o encontraram quase sentado no chão. Mais promessas que iriam ter mais atenção e cuidado e que ficasse descansada que não se repetia.*

*No dia 13 de dezembro, recebi mais um telefonema, às 9h47, para me informar que a funcionária que estava a fazer a transferência do meu pai da cama para a cadeira de rodas o tinha deixado cair. Só uma funcionária para fazer a transferência a um doente como o meu pai? Após ter sido observado por um dos fisioterapeutas da Domus Vitae, resolveram chamar o INEM porque havia a possibilidade do meu pai ter a perna partida. O meu pai foi para o CHUC e voltou sem ser acompanhado por ninguém da Domus Vitae. Só mais tarde, um dos telefonemas, e só porque perguntei se não havia hematomas provocados pela queda, é que me foi dito que tinha levado pontos na cabeça. O meu pai voltou à Domus Vitae por volta das 15h com dois hematomas na cabeça, um deles suturado.*

*Esta situação é especialmente grave, pois enviaram para um serviço de urgência um utente que não consegue comunicar sem qualquer pessoa que pudesse expor a gravidade do acidente.*

*No dia 17 de janeiro de 2020, às 18h55, recebi mais um telefonema da Domus Vitae para me informar de que o meu pai voltou a escorregar da cadeira de rodas até ficar sentado onde deveria ter os pés. Mais uma vez a contenção/proteção não estava devidamente atada. Uma vez mais, quanto tempo esteve o meu pai sem supervisão? Deste episódio ficou com uma ferida na perna direita.*

*Em quatro meses nesta UCC, o meu pai caiu quatro vezes, ou melhor deixaram-no cair. Os acidentes acontecem, mas com esta frequência já tem outro nome, negligência. O meu pai vai permanecer nesta unidade até final de fevereiro. O que deveria ter sido um período também para descanso do cuidador tornou-se uma preocupação, falta de confiança, insegurança e cansaço emocional. Depois de várias tentativas para falar com o diretor da Domus Vitae e não sendo possível, espero que tomem medidas para que esta UCC melhore, e tem de melhorar muito, a sua forma de trabalhar com pessoas dependentes. [...]*”.

6. Em resposta à referida reclamação a Domus Vitae informou o seguinte:

“[...]”

1) O utente em causa teve sempre aplicada contenção abdominopélvica quando fazia levantar para a cadeira de rodas, por forma a reduzir o risco de queda associada à patologia do utente (destacando-se, neste particular, que o utente apresentava movimentos corporais, não se apresentando completamente imóvel);

2) A queda ocorrida na transferência da cama para a cadeira de rodas ocorreu por desequilíbrio do utente durante a transferência, tendo sido prontamente assistido quer pelas auxiliares presentes, quer pelos enfermeiros, quer pela fisioterapeuta e após a avaliação dos parâmetros, foi acionado o INEM (que transportou o utente com a respetiva equipa e com nota da enfermagem da “Domus Vitae”, atenta a impossibilidade de o mesmo ser acompanhado por elementos da “Domus Vitae” no transporte efetuado pelo INEM);

3) Os parâmetros do utente foram sempre avaliados e os esclarecimentos foram sempre prestados à família ou telefonicamente ou presencialmente;

4) A respondente não aceita qualquer conclusão e ou juízo de valor expressa na reclamação uma vez que a mesma está, em grande medida, estribada em conclusões e ou juízos de valor e não em factos. [...]

### **II.3. Do pedido de informação à Domus Vitae**

7. Considerando a necessidade de carrear outros elementos de análise para os autos, foi solicitado à Domus Vitae, em 2 de julho de 2020, que viesse aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Pronunciem-se de forma completa e fundamentada, sobre o conteúdo da exposição;*
2. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos protocolos e/ou procedimentos internos em vigor nessa unidade para a avaliação do risco de queda de utentes;*
3. *Confirmação, pormenorizada e documentalmente suportada, da existência de avaliação de risco, registada no processo clínico do utente identificado na reclamação, caso a mesma tenha ocorrido;*
4. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, das medidas de prevenção adotadas, no caso concreto, na sequência da avaliação do risco de queda, caso tenha existido;*
5. *Cópia do relatório, pormenorizado e documentalmente suportado, da comunicação de incidente ou evento adverso (a entidade externa e/ou interna);*
6. *Descrição das medidas tomadas quanto à situação em análise, em particular para a sua correção;*
7. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”.*
8. Em 11 de agosto de 2020, a Domus Vitae veio aos autos informar o seguinte:

“[...]”

1. *Pronúncia de forma completa e fundamentada, sobre o conteúdo da exposição, por remissão para o relatório pela coordenação da enfermagem, MG (doc. 1);*
2. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos protocolos e/ou procedimentos internos em vigor para a avaliação do risco de queda dos utentes, por remissão para documento de 4 (quatro) páginas (doc. 2);*
3. *Confirmação, pormenorizada e documentalmente suportada, da existência de avaliação de risco, registada no processo clínico do utente identificado na reclamação, por remissão para os registos efetuados na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados, em 03/09/2019. 20/10/2019. 24/11/2019 e 26/12/2019 (doc. 3);*

4. *Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, das medidas de prevenção adotadas, no caso concreto, na sequência da avaliação do risco de queda, por remissão para os registos efetuados na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados pelo Médico Responsável. Dr. RG, em 14/09/2019, 09/11/2019. 02/12/2019 e 18/01/2020, bem como do plano individual de intervenção (docs. 4 e 5);*

5. *Cópia do relatório, pormenorizado e documentalmente suportado, da comunicação de incidente ou evento adverso (a entidade externa e/ou interna), por remissão para os registos efetuados na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados, em 29/10/2019 e 13/12/2019. bem como do diário de enfermagem de 22/09/2019, 29/10/2019, 13/12/2019 e 17/01/2020 (docs. 6 e 7);*

6. *Descrição das medidas tomadas quanto à situação em análise, em particular para a sua correção: cumprimento do plano de avaliação de risco de queda e cumprimento das medidas estabelecidas no plano individual de intervenção, quer pelo médico, quer pela enfermagem, quer pela fisioterapia, quer por todo o restante pessoal, conforme documentação supra referida e anexa;*

7. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto: remissão para os documentos referidos e anexos. [...]*

9. O prestador veio ainda juntar os documentos seguintes:

a) Relatório subscrito pela Coordenadora de enfermagem, que para o que ao presente processo importa, se passa a transcrever:

“[...]”

*No âmbito da reclamação efetuada pela filha, Sra. CC, acerca das quedas sucedidas durante o internamento do seu pai, Sr. AS, redigimos este documento, por forma a relatar pormenorizadamente e clarificar todos os episódios ocorridos.*

*No que reporta à sua anamnese clínica, apresenta como antecedentes pessoais: sequelas motoras e neurológicas de AVC - hemiparésia à direita e disartria; Diabetes Mellitus, Transtornos Auriculares, Quadro Demencial em evolução, Alterações Degenerativas Osteoarticulares Incapacitantes.*

*O Utente, desde a sua admissão, apresentava-se consciente, com períodos de desorientação espaçotemporal. Encontrava-se dependente em grau elevado na satisfação dos autocuidados e na realização das suas AVD's.*

*Aquando a sua entrada na instituição, o Sr. AS foi avaliado pela Fisioterapeuta tendo a mesma concluído que, o utente apresentava grandes limitações funcionais ao nível do hemicorpo direito (sem movimentos ativos), apresentava equilíbrio sentado (embora com assimetria ao nível do tronco) e ainda, assumia a posição ortostática (com muita dificuldade, necessitando de ajuda total de terceira pessoa). O utente não realizava marcha. Perante esta avaliação foram tomados os devidos cuidados, nomeadamente colocada contenção abdominopélvica sempre que o Sr. AS fazia levante para cadeira de rodas. Esta medida implementada tinha como objetivo manter a segurança do utente, minimizando a possibilidade de ocorrer uma queda.*

*Uma vez que esta ocorrência se verificou, torna-se importante para nós esclarecer em que meios se sucederam.*

*Este documento encontra-se organizado pela ordem cronológica dos acontecimentos.*

*Dia 22/09/2019*

*O Utente encontrava-se na sala de estar, sentado na cadeira de rodas com contenção abdominopélvica.*

*Foi encontrado no chão, com a cadeira de rodas sobre ele, ainda com as contenções colocadas. Não é possível afirmar pormenorizadamente e com certeza como ocorreu a mesma. No entanto, leva-nos a crer que o utente se tenha debruçado para a frente, pois a cadeira de rodas estava sob si. Apesar do utente ter hemiparésia à direita, apresentava movimentos corporais, não estando completamente imóvel.*

*Imediatamente o Sr. AS foi avaliado, não se tendo verificado alterações aparentes ao nível de consciência, apresentava-se comunicativo quando estimulado, com mobilidade articular preservada e sem queixas álgicas. Sem náuseas e/ou episódio de vômito associado. Apresentava um hematoma na região temporal direita e na face lateral direita. Avaliados dos Parâmetros Vitais: TA: 148/86mmHg; FC: 73 bpm; SpO2: 97% a.a. Taxilar: 35,1°C.*

*Posteriormente, a família foi informada sobre o sucedido.*

*Manteve-se vigilância de possíveis sinais de alarme.*

*Dia 29-10-2019*



*Neste dia, o Utente apresentou uma queda na sala de refeições do 1º piso, cerca das 17h30. O mecanismo envolvido na queda foi escorregar, pois o utente encontrava-se sentado nos pés da cadeira de rodas. Saliento que o Sr. AS apresentava contenção abdominopélvica, contudo devido aos seus movimentos corporais foi escorregando da mesma. Após avaliação, o Utente não apresentava alterações do estado de consciência, náuseas e/ou episódio de vômito associado. Discurso fluente, com mobilidade articular preservada e sem referir queixas álgicas.*

*Avaliados dos Parâmetros Vitais: TA: 109/56mmHg; FC: 62 bpm; SpO2: 96%.*

*Como protocolado pela instituição, a família foi informada sobre a ocorrência.*

*Manteve-se vigilância de possíveis sinais de alarme.*

*Dia 13/12/19*

*No dia 13 de Dezembro, pelas 9h20, aquando da transferência da cama para a cadeira de rodas, o Sr. AS que se encontrava sentado na cama, desequilibrou-se para o seu lado direito, caindo no chão.*

*Logo de seguida foi levantado, não apresentando sinais de dor. Imediatamente foi avaliado pela Fisioterapeuta por suspeita de fratura do membro inferior direito. Apresentava um hematoma na região frontal da cabeça e uma solução de continuidade no couro cabeludo, pelo que foi aplicado de imediato gelo.*

*Avaliados sinais vitais: TA - 145/73mmHg; FC - 66bpm; SpCh - 98%.a.a; Glicémia capilar: 95mg/dl e Taxilar -36,2 °C.*

*Perante esta avaliação, foi contactado o INEM para transportar o senhor ao SU, de forma a serem realizados exames complementares de diagnóstico. O Sr. AS fez-se acompanhar da nota de enfermagem onde era explicado o motivo de recorrer ao serviço de urgência.*

*Foi comunicada a situação à família.*

*Mais tarde, pelas 14h45, o Utente regressou à Domus Vitae com indicação de vigilância nas próximas 48 horas, nomeadamente sinais de alarme como sonolência, tonturas, vertigens, vômitos e cefaleias.*

*Aquando da queda, bateu com a cabeça, provocando um hematoma e uma solução de continuidade no couro cabeludo, pelo que regressou com pontos nesta região.*



*Novamente, a família foi contactada para informar que o Sr. AS tinha regressado e como se encontrava.*

*Dia 17-01-2020*

*A mesma ocorreu na sala de refeições do 1º piso, cerca das 17h. O utente encontrava-se sentado nos pés da cadeira de rodas, tendo escorregado da estrutura envolvida. Sem sequelas resultantes do episódio de queda. Não apresentava alterações do estado de consciência, comunicativo, com mobilidade articular preservada e sem queixas álgicas. Sem náuseas e/ou episódio de vômito associado.*

*Avaliados os Parâmetros Vitais: TA: 107/68mmHg; FC: 56 bpm; SpO2: 96%.*

*Em seguida a família foi informada sobre o acontecimento.*

*Manteve-se vigilância de possíveis sinais de alarme.*

*Saliento que deste episódio, não resultou nenhuma lesão no membro inferior direito como mencionado pela filha do Sr. AS. O seu pai tinha sim uma ferida mas resultado de se reposicionar constantemente no leito, embatendo com os membros inferiores nas grades da cama.*

*Segundo a literacia a população idosa detentora de patologias psiquiátricas e neurológicas apresenta maior predisposição para as quedas, uma vez que estas afetam a perceção sensoriomotora e, por sua vez o controlo postural. Relativamente às patologias neurológicas o Sr. AS apresentava quadro demencial em evolução.*

*Por sua vez, as alterações patológicas ao nível musculoesquelético favorecem a ocorrência de quedas e a severidade das mesmas. O utente apresentava debilidade muscular ao nível do membro inferior direita derivado do AVC. As consequências advindas, nomeadamente a imobilização e, conseqüentemente a diminuição do tecido muscular, predispõem a sucessivas quedas. Ao longo das alterações biofisiológicas do envelhecimento, é também possível verificar diminuição da força e da resistência muscular, bem como da amplitude dos movimentos. Estes transtornos são componentes da sarcopenia, processo no qual ocorre a degeneração das fibras musculares.*

*Outro fator intrínseco associado às quedas é a poli medicação. Perante a análise da medicação prescrita ao Sr. AS, podemos inferir que o mesmo ingeria fármacos depressores do sistema nervoso central, tais como os antidepressivos e as benzodiazepinas. Para além disso, o utente tinha prescrito um relaxante muscular, para*

reduzir e aliviar a rigidez excessiva e/ou os espasmos dos seus músculos, que ocorreram o AVC. Estes fármacos apresentam um efeito nefasto nos idosos no que diz respeito à ocorrência de quedas, uma vez que têm como eventos secundários frequentes o surgimento de sonolência, de astenia e de tonturas.

O foco do enfermeiro foi sempre identificar os fatores de risco destes eventos, de forma a atenuá-los, tendo adotado medidas que minimizassem o risco de queda.

Ao longo do internamento, o Sr. AS cumpriu o plano de tratamento, tendo-se observado melhorias no seu estado. O utente encontrava-se mais calmo, colaborante e revelou melhorias significativas a nível da força muscular dos membros inferiores. O mesmo assumia com maior facilidade a posição ortostática. [...].”

b) Procedimento de Prevenção de quedas, PE-09.00, de 12 de dezembro de 2017, e que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

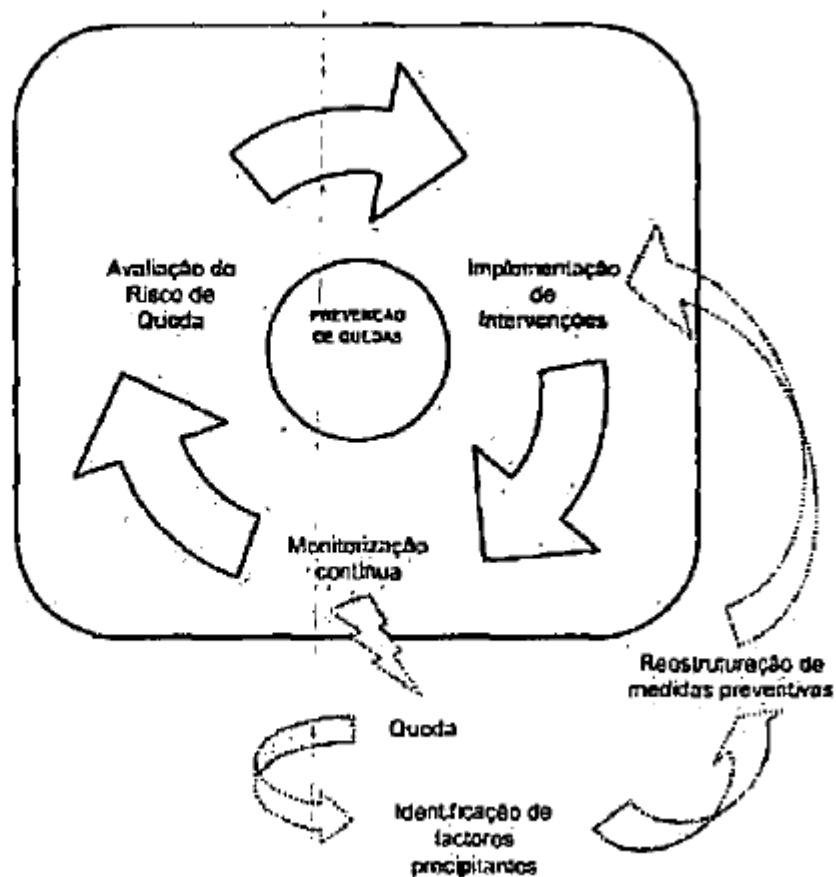
“[...]”

A prevenção de quedas na Domus Vitae deverá estar assente em três pontos



Fluograma 1 Prevenção de Quedas

Só com uma caracterização precisa dos contextos de queda bem como todas as variáveis associadas é possível definir as estratégias mais eficazes na prevenção das incidências de queda.



**Fluograma 2 - Modelo Dinâmico de Prevenção de Queda**

2. As avaliações devem ser realizadas à entrada do cliente na unidade, e, tendencialmente com periodicidade mensal, posteriormente:

3. São medidas de Cuidados Básicos de Saúde:

- a. Manter os corredores livres e desocupados;
- b. Manter as unidades dos clientes arrumadas e desimpedidas;
- c. Manter os equipamentos de apoio em condições de segurança;
- d. Estabelecer medidas educacionais visando à diminuição de comportamentos de risco;
- e. Manter as camas sempre baixas;
- f. Zelar pelo bom estado e funcionalidade das grades laterais de proteção.

4. Quando o cliente for identificado como sendo de alto risco e possuir um declínio cognitivo, deve dar-se preferência, sempre que possível, à vigilância por cuidadores em tempo tendencialmente integral, evitando, tanto quanto possível a restrição ou contenção física;

5. Implementar programas de fortalecimento muscular e treino de equilíbrio;

6. Adequação e ou prescrição de dispositivos de auxílio à marcha. O treino de uso adequado é recomendável.

7. Formação e Ensinos. [...]”;

c) Avaliação do risco de queda do utente, em 3 de setembro de 2019 (médio risco); 20 de outubro de 2019 (alto risco); 24 de novembro de 2019 (alto risco); 26 de dezembro de 2019 (alto risco).

De notar que não foram juntas ao processo as avaliações do risco de queda referentes aos meses de janeiro e fevereiro de 2020.

d) Registos de quedas, em 29 de outubro de 2019 e 13 de dezembro de 2019.

Não obstante, nos registos de enfermagem constata-se a verificação de quedas nos dias: 22 de setembro de 2019, 29 de outubro de 2019, 13 de dezembro de 2019 e 17 de janeiro de 2020.

### **III. DO DIREITO**

#### **III.1. Das atribuições e competências da ERS**

10. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

11. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.

12. Consequentemente, a Lorsenior – Atividades Sociais, Lda. Domus Vitae é uma entidade prestadora de cuidados de saúde sujeita à regulação da ERS.

13. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “*assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “*prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*”;

14. Podendo fazê-lo mediante o exercício dos seus poderes de supervisão consubstanciado no dever de “*zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições*”, bem como na emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

15. Tal como configurada, a situação denunciada poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses dos utentes, mas também na violação de normativos, que à ERS cabe acautelar, na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS.

16. Ora, perante este enquadramento, resulta a necessidade da análise dos factos, tal como denunciados, sob o prisma de uma eventual limitação do acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança.

### **III.2 Dos direitos e interesses legítimos dos utentes**

17. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação de cuidados de saúde, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente no sector da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.
18. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem os interesses nem os direitos dos utentes.
19. Sobretudo, importa ter em consideração que a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e utentes, reduz a capacidade destes últimos de perceberem e avaliarem o seu estado de saúde, bem como, a qualidade e adequação dos serviços que lhe são prestados.
20. Além disso, a importância do bem em causa (a saúde do doente) imprime uma gravidade excepcional à prestação de cuidados em situação de falta de condições adequadas.
21. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde devem ser considerados, seja do ponto de vista do risco clínico, seja do risco não clínico.
22. No que concerne ao risco não clínico, refira-se que os requisitos de qualidade e segurança no âmbito dos meios complementares de diagnóstico encontram-se igualmente definidos, assegurando uma apropriada organização, técnica e procedimental.
23. Assim, o utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
24. Os utentes gozam do direito de exigir dos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, bem como a observância das regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis e pelas regras de boa prática médica, ou seja, pelas *leges artis*.

25. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade dos cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.

26. A este respeito encontra-se reconhecido na Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a nova Lei de Bases da Saúde (LBS), nos termos do seu n.º 1 da Base 2, sob a epígrafe “Direitos e deveres das pessoas”, que *“Todas as pessoas têm direito [...] A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”*;

27. Bem como no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, se encontra estabelecido o direito dos utentes *“a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita”, “à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* e a que *“os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.

28. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.

29. Por outro lado, quando na alínea b) do n.º 1 da Base 2 da LBS se afirma que os utentes devem aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, *“[...] de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”*, tal imposição decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.

30. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter *“redobrado cuidado de respeitar as pessoas particularmente frágeis pela doença ou pela deficiência”*.



31. E a qualidade dos serviços de saúde não se esgota nas condições técnicas de execução da prestação, mas abrange também a comunicação e informação ao utente, dos resultados dessa mesma prestação.

### **III.3. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020**

32. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, aprovado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, de acordo com o seu preâmbulo, “[...] *visa principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.*”;

33. Aí se prevendo igualmente que “*O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes.*”.

#### **III.3.1 Objetivo Estratégico 6 Prevenir a ocorrência de quedas**

34. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, entre outros objetivos estratégicos, visa “*Prevenir a ocorrência de quedas*” e, bem assim, “*Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes*”.

35. Assim, de acordo com o objetivo estratégico “*Prevenir a ocorrência de quedas*”, o que é pretendido é a “[...] *prevenção de quedas, designadamente [através d]a avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular.*”

*A prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas.*

*De facto, deve haver uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, sempre que seja clinicamente indicado, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após uma queda. É, também, necessário que o resultado dessa avaliação seja comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e que os doentes sejam educados/habilitados sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção das quedas. As ações preventivas devem ser asseguradas sempre que ocorra transferência do doente para outro local de permanência, seja outro serviço, outra instituição ou a sua própria residência.*

*As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem desenvolver planos para a gestão da prevenção das quedas, investigar as causas das que ocorrem na instituição e realizar auditorias internas regulares, para identificar os fatores contribuintes e prevenir a recorrência das mesmas.”.*

36. Por outro lado, para “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes”, encontra-se ali estabelecido, que a notificação de incidentes de segurança “[... seja] considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro. Contudo, outras estratégias, como reuniões com profissionais de saúde ou com os doentes e familiares, a análise de registos clínicos, as auditorias internas e os sistemas de alertas de segurança, entre outras iniciativas, devem ser estabelecidas para que as vulnerabilidades da instituição, que poderão dar origem a incidentes de segurança, possam ser proativamente identificadas e minimizadas.”

#### **III.4. Da Norma n.º 008/2019, de 09/12/2019 da Direção Geral da Saúde**

37. Em 9 de dezembro de 2019, a Direção Geral da Saúde publicou a Norma n.º 008/2019, de 09/12/2019 da Direção Geral da Saúde, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

“[...]”

1. Deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todas as pessoas em internamento hospitalar, incluindo os centros de reabilitação, integrada em registo eletrónico dos sistemas de informação (Nível de Evidência IV)

a) Através da Escala de Quedas de Morse, validada para Portugal (Anexo II), cuja pontuação varia entre 0 e 125 pontos, as pessoas são discriminadas em função da sua pontuação em:

i. Sem risco (0 e  $\leq$  24 pontos);

ii. Baixo risco ( $\geq$  25 e  $\leq$  50 pontos);

iii. Alto risco ( $\geq$  51 pontos).

b) Nos seguintes momentos:

i. Na admissão;

ii. Reavaliação, independentemente do risco de queda:

(i) Sempre que ocorre alteração do estado clínico;

(ii) No momento de transferência intra ou inter-hospitalar;

(iii) Quando ocorre uma queda.

c) Por enfermeiro e quando clinicamente indicado por médico.

2. A pessoa e/ou o representante legal devem ser informados e esclarecidos acerca da avaliação do risco de queda, medidas de prevenção e intervenção e do plano de cuidados.

3. Deve ser efetuada educação para a saúde dirigida à pessoa e ao acompanhante (Nível de Evidência Ia) com enfoque em fatores de risco de quedas, precauções básicas e medidas específicas, no âmbito da literacia em saúde, utilizando uma linguagem apropriada à pessoa (Nível de Evidência V). 4. Nas pessoas com alto risco de queda deve ser efetuada uma avaliação clínica multifatorial complementar registada no processo clínico (Nível de Evidência III), incluindo:

a) História de quedas (número, causas, circunstâncias e consequências) realizada por médico e enfermeiro (Nível de Evidência Ia);

*b) Comorbilidades que aumentam o risco de queda (em particular: comprometimento cognitivo, incontinência, comprometimento da visão, síndrome vertiginosa, síncope e patologia osteoarticular) realizada por médico;*

*c) Adesão à terapêutica realizada por médico e enfermeiro;*

*d) Revisão terapêutica (em particular de analgésicos, incluindo opiáceos, antipsicóticos, benzodiazepinas incluindo fármacos análogos, anti-epiléticos/anticonvulsivos (alto risco), anti-hipertensivos, antiarrítmicos, antidepressivos (médio risco) e diuréticos (baixo risco), realizada por médico;*

*e) Exame objetivo realizado por médico, através de:*

*i. Avaliação da marcha e equilíbrio através da aplicação de um teste de rastreio simples como o Timed Up and Go Test (TUG) (Anexo III) (Nível de Evidência Ia);*

*ii. Exame neurológico incluindo avaliação cognitiva através do Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo IV) (Nível de Evidência IV)*

*iii. Avaliação cardiovascular, incluindo pressão arterial em posição ortostática a três minutos (Nível de Evidência V);*

*iv. Avaliação da acuidade visual e auditiva (Nível de Evidência IV); v. Avaliação da força muscular (Nível de Evidência Ia).*

*f) Avaliação da incontinência urinária realizada por médico e enfermeiro;*

*g) Exame podológico, avaliação do calçado e vestuário realizados por médico e enfermeiro;*

*h) Avaliação do medo de cair percebido pela pessoa<sup>10</sup> realizado por médico e enfermeiro;*

*i) Avaliação do estado nutricional e das necessidades nutricionais realizada por nutricionista, em articulação com o médico e o enfermeiro.*

*5. Devem ser implementadas as seguintes precauções básicas a todas as pessoas, independentemente do risco de queda, nas unidades de internamento (Nível de Evidência Ia):*

*a) Iluminação adequada, com luz de presença;*

*b) Remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha;*

- c) Piso limpo e seco;*
- d) Sinalética de aviso de piso molhado, no âmbito da higienização do pavimento;*
- e) Intervenção imediata em caso de derramamento de líquido no pavimento;*
- f) Manter equipamentos, materiais e dispositivos médicos fora da área de circulação;*
- g) Sistema de chamada (ex: campainha) acessível;*
- h) Sapatos e vestuário adequados à marcha;*
  - i) Ajudas sensoriais acessíveis (ex: óculos, aparelhos auditivos);*
- j) Orientação da pessoa e família/acompanhante em relação ao ambiente;*
- k) Cadeiras, camas e outros equipamentos travados;*
- l) Altura da cama na posição mais baixa adequada para a pessoa 22-24;*
- m) Elevação das grades das macas/camas sempre que a pessoa é transportada, ou se encontra sem supervisão;*
- n) Dispositivos de apoio à marcha (ex: canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) disponíveis em condições de utilização segura e acessíveis;*
- o) Dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários) disponíveis e acessíveis e em condições de utilização segura;*
- p) Portas de entrada e saída dos serviços com sistemas de controlo.*

*6. Nas pessoas sem risco ou com baixo risco de queda, as precauções básicas definidas na presente Norma devem integrar o plano de cuidados individualizado da pessoa em internamento (Nível de Evidência Ia), elaborado e implementado pelo enfermeiro.*

*7. Nas pessoas que apresentam alto risco de queda, deve ser elaborado e implementado pelo enfermeiro um plano de cuidados individualizados dirigido aos fatores de risco identificados e às indicações resultantes da avaliação multifatorial e as precauções básicas definidas na presente Norma e ainda as seguintes medidas específicas (estratégias multifatoriais) (Nível de Evidência Ia):*

- a) Utilização de sinalética;*
- b) Vigilância frequente, pelos profissionais e acompanhante/família;*
- c) Colocação da pessoa em áreas com vigilância permanente de enfermagem;*

- d) Disponibilização de equipamentos e/ou idas ao sanitário frequentes;*
  - e) Utilização de almofadas de gel nas cadeiras para prevenir que a pessoa escorregue;*
  - f) Utilização de tecnologia adicional, como alarmes de cama ou na pessoa.*
- 8. Na situação de ocorrência de uma queda deve ser efetuada avaliação imediata por enfermeiro e médico, sendo a unidade de saúde responsável pela articulação entre as equipas e que deve incluir (Nível de Evidência III):*
- a) Avaliação do estado de consciência;*
  - b) Avaliação dos parâmetros vitais (pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC) e dor), da saturação de oxigénio periférico (SpO2) e da glicemia capilar;*
  - c) Avaliação de danos associados à queda;*
  - d) No caso de suspeita de contusão cervical não mover a pessoa e imobilizar a coluna cervical;*
  - e) Verificação de terapêutica anticoagulante;*
  - f) Reavaliação e monitorização da situação clínica, tendo em conta que as lesões por queda podem não surgir de imediato;*
  - g) Registo e descrição de queda.*
- 9. Após a ocorrência de uma queda, deve ser efetuada por médico e enfermeiro (Nível de Evidência Ia):*
- a) Notificação do incidente no sistema nacional de notificação de incidentes (Notific@) e no sistema local de notificação adotado pela organização, com comunicação dessa notificação ao superior hierárquico, ao Gabinete de Gestão do Risco/Segurança e/ou à Comissão de Qualidade e Segurança (se aplicável), a seguinte informação:*
    - i. Circunstâncias da queda (data e hora da queda, o que envolveu, espaço físico onde ocorreu, tipo de queda, estado físico e psíquico da pessoa no momento da queda);*
    - ii. Referência se a queda foi presenciada por outra pessoa;*
    - iii. Tipo e grau de dano (nenhum, ligeiro, moderado, grave, morte);*
    - iv. A quem foi comunicada a queda;*

v. *Intervenções efetuadas;*

vi. *Propostas de intervenção futura.*

b) *Análise do incidente e fatores contribuintes pelo Gabinete de Gestão de Risco/Segurança;*

c) *Monitorização dos indicadores e avaliação das medidas implementadas, pela Comissão de Qualidade e Segurança.*

10. *Nas notas de alta e nas transições de cuidados (entre turnos e unidades funcionais) deve ser informado o grau de risco de queda e a ocorrência ou não de queda(s), fatores de risco e plano de cuidados (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde).*

11. *Deve ser efetuada formação em serviço dirigida aos profissionais de saúde (Nível de Evidência Ia), na integração ao serviço/unidade e atualizada de acordo com o plano de formação.*

12. *Nas unidades de diálise, hospitais de dia, consulta externa e na hospitalização domiciliária devem ser implementados protocolos locais, em conformidade com os enunciados normativos definidos nos termos da presente Norma e aplicáveis ao contexto de cuidados de saúde.* 13. *As unidades de saúde devem designar profissionais de saúde para a realização semestral de auditorias sobre as práticas para a prevenção e redução de quedas.*

14. *As unidades de saúde, através das Comissões de Qualidade e Segurança, devem integrar no relatório anual das atividades desenvolvidas no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a enviar ao Diretor-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, a informação solicitada sobre a prevenção de quedas:*

15. *Qualquer exceção à presente Norma deve ser fundamentado com registo no processo clínico.*

16. *O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine. [...]*



### III.5. Análise da situação concreta

38. A situação, em apreço, prende-se com a necessidade de aferir se a Domus Vitae respeitou o direito do utente AS, à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, e se, em geral, o mencionado direito se encontra acautelado – concretamente, ao nível da existência de procedimentos e práticas de avaliação e prevenção adequadas do risco de queda dos utentes, designadamente determinando se o prestador implementou e/ou cumpre os respetivos procedimentos.

39. Com efeito, da análise dos elementos carreados para os autos, resulta que o utente foi admitido no dia 2 de setembro de 2019;

40. De acordo com a informação carreada para os autos, foi realizada avaliação do risco de queda no dia seguinte à admissão (3 de setembro de 2019), sendo que o utente AS apresentava médio risco de queda.

41. No dia 22 de setembro de 2019, “[...] o utente sofreu uma queda, tendo sido encontrado no chão, com a cadeira de rodas sobre ele, ainda com as contenções colocadas; [...]”;

42. Refere o prestador que foram tomadas as medidas necessárias para evitar a ocorrência da queda, designadamente “[...] identificar os factores de risco destes eventos, de forma a atenuá-los, tendo adotado medidas que minimizassem o risco de queda. [...]”.

43. Ora, de acordo com o procedimento PE-09.00 [...] 4. Quando o cliente for identificado como sendo de alto risco e possuir um declínio cognitivo, deve dar-se preferência, sempre que possível, à vigilância por cuidadores em tempo tendencialmente integral, evitando, tanto quanto possível a restrição ou contenção física; [...]”

44. O que, no caso concreto, não se verificou;

45. Uma vez que o utente voltou a sofrer quedas, em 29 de outubro de 2019, 13 de dezembro de 2019 e 17 de janeiro de 2020, referindo o prestador que o utente foi sempre encontrado com a contenção colocada.

46. Foi ainda possível constatar, da informação trazida aos autos pelo prestador, que foi avaliado o risco de queda do utente, nos dias 20 de outubro de 2019 (alto risco), 24 de novembro de 2019 (alto risco) e 26 de dezembro de 2019 (alto risco).

47. Não obstante, o prestador apenas procedeu ao registo das quedas ocorridas em 29 de outubro de 2019 e 13 de dezembro de 2019, o que é, também, contrário ao disposto no procedimento PE-09.00, de 12 de dezembro de 2017, que refere [...] *só com uma caracterização precisa dos contextos de queda bem como todas as variáveis associadas é possível definir as estratégias mais eficazes na prevenção das incidências de queda.* [...]”, o que especialmente relevará quando esteja em causa um doente cujo risco de ocorrência de episódio de queda é considerado alto.

48. Pelo exposto, constata-se que as medidas adotadas pelo prestador não foram suficientes para a garantia dos direitos e os interesses legítimos do utente, atenta a sucessiva repetição dos episódios de queda registados.

49. Acresce que, o procedimento em vigor, encontra-se, presentemente, desatualizado, uma vez que não tem em consideração o disposto na Norma n.º 008/2019, de 09/12/2019 da Direção Geral da Saúde;

50. Pelo que deve o prestador acautelar a atualização do procedimento PE-09.00, de 12 de dezembro de 2017.

51. Nestes termos, para evitar a repetição de situações como a dos presentes autos, torna-se premente que a Domus Vitae conforme a sua conduta às exigências legais e regulamentares aplicáveis, adotando comportamentos que salvaguardem a efetiva prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, garantindo o escrupuloso cumprimento dos procedimentos instituídos, pelo que resulta necessária a intervenção regulatória *infra* delineada.

#### **IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS**

52. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o prestador Lorsenior – Atividades Sociais, Lda. – Domus Vitae, e a exponente<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Os ofícios de 8 de janeiro de 2021, com repetição em 28 de janeiro de 2021, foram devolvidos pelos CTT, com a menção “*Endereço Insuficiente*”.

53. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS não rececionou, até ao momento presente, qualquer comunicação do prestador.

54. Pelo que, não tendo resultado quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, propõe-se a sua manutenção na íntegra, competindo ao prestador o cumprimento integral da instrução emitida, de modo a assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes, que cumpre à ERS acautelar, em especial o direito à prestação de cuidados de saúde adequados, de qualidade e com segurança.

## V. DECISÃO

55. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução à Lorsenior – Atividades Sociais, Lda. – Domus Vitae nos seguintes termos:

a) Proceder à atualização do procedimento PE-09.00, de 12 de dezembro de 2017, em conformidade com a Norma n.º 8/2019, de 9 de dezembro de 2019 da Direção-Geral da Saúde ou quaisquer outras de conteúdo idêntico que sobre as mesmas matérias venham a ser aprovadas, com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados;

b) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que o referido procedimento, ou qualquer outro que venha a dispor sobre a prevenção e avaliação de risco de queda, seja corretamente seguido e respeitado por todos profissionais;

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

56. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1000,00 a € 44 891,81, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no

*exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.*

57. A versão não confidencial da presente deliberação será publicitada no sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde na Internet.

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

Porto, 7 de maio de 2021.



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, 2021

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).