

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

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/071/2018;

## **I. DO PROCESSO**

### **I.1. Origem do processo**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da exposição subscrita por ML, em 8 de março de 2017, referindo constrangimentos na qualidade da prestação de cuidados de saúde, ao nível da vigilância e monitorização da utente FF, sua mãe, no decurso de episódio de internamento no estabelecimento prestador de cuidados de saúde Casa de Saúde de S. Mateus, S.A., (CSSM), entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 14871.
2. A queixa foi inicialmente, tratada na ERS, no âmbito do processo de reclamação registado sob o n.º REC/15239/2017.
3. Subsequentemente, considerando a necessidade de carrear outros elementos para os autos, foi aberto a 12 de abril de 2018, o processo de avaliação registado sob o n.º AV/071/2018, tendo nesse âmbito sido considerada necessária a adoção de uma intervenção regulatória que visasse

assegurar o cumprimento pelo CSSM das *guidelines* nacionais e internacionais e respetivas normas de atuação na correta avaliação do risco de queda e, caso necessário, a implementação de intervenções adequadas à prevenção de quedas em contexto de prestação de cuidados de saúde;

4. Pelo que, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 26 de abril de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado sob o n.º ERS/071/2018.

## I.2 Diligências

5. 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 Casa de Saúde de S. Mateus, S.A., (CSSM), é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita no SRER da ERS sob o n.º 14871;

(ii) Notificação de abertura de processo de inquérito ao exponente em 2 de maio de 2018;

(iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos à CSSM em 2 de maio de 2018 e análise da respetiva resposta rececionada em 28 de maio de 2018.

iv) Pedido de parecer clínico a perito médico consultado pela ERS, em 11 de setembro de 2018, e análise do relatório de apreciação clínica.

## II. DOS FACTOS

### II.1. Da reclamação

6. Em suma, refere a exponente o seguinte:

*“[...] A Sra. D. FF é uma pessoa idosa, com 82 anos que, no dia 11/01/2017 sofreu uma queda no Centro de Dia de São Salvador - Viseu, onde se encontrava inscrita.*

*2- Passadas algumas horas após a queda, esta continuava a queixar-se com dores nas costas, motivo pelo qual optámos por nos dirigir, com ela, à Instituição acima identificada, para observação médica.*

*3- Aí chegados e após consulta, fomos informados que a D. F teria um traumatismo torácico que, após realização de RX e TAC evidenciou fractura de costelas à direita, com hemopneumotórax. - cfr., nesse sentido, cópia do Relatório Médico que nos foi entregue, pela CSSM.*

4- Nessa sequência, foi necessário submeter a D. F a colocação de dreno torácico, sob anestesia local,

5- Bem como mantê-la internada, para vigilância e acompanhamento médico, na mencionada CSSM - cfr. doc. 1 junto.

6- O dreno colocado foi retirado no dia 16/01/2017, sendo que, nesse mesmo dia e após realização de RX, fomos informados que o estado de saúde da D. F estava evoluir favoravelmente, sendo previsível a sua alta no dia seguinte.

7- No dia seguinte, 17/01/2017, fomos informados, após contacto telefónico com a CSSM, que a D. F tinha caído da cama, no início da manhã, durante o horário de troca de turnos e que, por isso, teria que ser submetida a novos RX e TAC para ver se teria ocorrido comprometimento das costelas/pulmões.

8- Nesse mesmo dia, a D. F fez novo RX e TAC, à cabeça e aos pulmões/costelas, sendo que, ao contrário do que resulta do Relatório Médico emitido (que diz que não evidenciou lesões traumáticas), esta tinha a cabeça partida, conforme informação prestada, presencialmente, pelo médico com quem falámos.

9- Na sequência da queda da cama, a D. F teve que prolongar o internamento na CSSM, bem como teve que realizar novos exames radiológicos (RX e TAC), para avaliar a evolução das lesões causadas por tal incidente.

10- Assim, a utente que deveria ter alta no dia 17/01/2017, acabou por ficar internada mais 3 dias, para monitorização das sequelas da queda da cama que sofreu, bem como para realizar mais exames radiológicos e medicação.

11- Quando fomos informados da queda, questionámos o pessoal de enfermagem e médico, acerca dos motivos que levaram à sua ocorrência, sendo certo que é inegável que acidentes podem sempre acontecer e que os doentes acamados são imprevisíveis.

12- Uma das questões que colocámos foi como teria a D. F, com 82 anos e debilitada, trepado pelas barreiras laterais da cama, caso estas estivessem levantadas, com 3 costelas partidas e um pulmão perfurado? Como poderia uma pessoa que não tem forças para andar e/ou sentar-se sozinha, conseguir puxar-se por cima das barreiras laterais da cama e atirar-se delas abaixo?....

13- O pessoal de serviço não soube/consegiu responder estas questões, pelo que expusemos as mesmas à Direcção da CSSM.

14- Em resposta a estas questões, a CSSM remeteu a comunicação que se anexa sob o doc. 2 onde dava conta que as barreiras laterais da cama se encontravam elevadas durante o tempo em que a D. F esteve internada.

15- Ora, sem prejuízo de eventual distração do pessoal assistente, a verdade é que isto nem sempre aconteceu.

16- De facto, por diversas vezes e dias, aquando das visitas que efectuámos à utente, verificámos que as barreiras laterais da cama se encontravam descidas, tendo, inclusive, questionado o motivo de tal situação (pelo potencial perigo que daí poderia advir) ao pessoal auxiliar e de enfermagem,

17- Que nos responderam que, uma vez que estávamos junto da doente, não se justificaria a elevação das mesmas.

18- É certo que não podemos afirmar, peremptoriamente, que as barreiras se encontravam descidas, na data da ocorrência da D. F.;

19- Mas também é certo que é totalmente impossível uma pessoa, com a sua idade, debilidade física e traumatismo pulmonar, ter trepado por estas (caso estivessem elevadas) e se ter atirado da cama para o chão...com tal violência que fracturou a cabeça.

20- Não pedimos responsabilidades a ninguém, até porque nada temos a apontar ao profissionalismo, cuidado e atenção que todo o pessoal (médico, de enfermagem e auxiliar) sempre prestou à D. F, durante todo o internamento.

21- O que pedimos é que a CSSM assuma o dever de vigilância, que sobre si impendia, durante o tempo de internamento da D. F

22- E que, pelo menos, não procedesse à cobrança dos tratamentos médicos, radiológicos e dias de internamento que só foram necessários, exclusivamente, por causa da queda ocorrida.

23- Mas assim não aconteceu.

24- Pese embora tenhamos, de imediato, respondido à comunicação junta sob o doc. 2, através do email enviado no dia 03/02/2017 que se junta sob o doc. 3,

25- Até esta data não obtivemos qualquer resposta ao mesmo nem esclarecimentos relativos às questões que aí colocámos.

26- O que recebemos foi uma carta interpelativa, assinada por Advogado, onde nos era peticionado o pagamento das Facturas emitidas pela CSSM, no prazo de 8 dias, sob pena de recurso às vias judiciais.

27- Tal como já informámos, por carta, o mencionado Advogado, esclarecemos que nunca nos recusámos a pagar o que quer que fosse, relativamente aos tratamentos médicos e internamento da D. F.

28- O que não aceitamos - e pensamos que temos legitimidade para isso - é que tenhamos que pagar exames radiológicos, tratamentos médicos e dias de internamento que apenas e só

*foram precisos porque a CSSM não actuou com a diligência e previdência que o dever de vigilância dos doentes, ao seu cuidado, assim obrigava!*

*29- Nos termos que melhor resultam das facturas emitidas - cuja cópia juntamos sob o doc. 4 - verificamos que nos estão a ser cobrados os seguintes itens:*

*- Tomografia Axial Craneo - TAC - 100,00 €*

*- Diária de Enfermaria - 7 dias - 1097,25 €*

*- Adm. Medicamentos/Consumíveis/Material Clínico - 7 dias - 678,88 €*

*30 - Além disso, foi-nos, de igual modo, cobrada a quantia de 100,80 €, relativa a Adm. de Oxigénio (Factura n.º [...], cuja cópia se junta sob o doc. 5, Quando, na factura junta sob o doe. 4 também nos foi cobrada a quantia de 15,00 €, relativa a Gasometria no Internamento.*

*31- Não sabemos se tais valores dizem respeito a situações diferentes, mas também não obtivemos qualquer resposta, por parte da CSSM, acerca de tal questão.*

*32- Assim sendo, solicitamos que a CSSM seja notificada da presente reclamação e, nesse sentido, exponha os motivos porque nos foram cobrados os dias de internamento, exames e tratamentos médicos exclusivamente decorrentes da queda da cama, que a D. F sofreu, durante o internamento,*

*33- Bem como qual o motivo porque é cobrada Gasometria na Factura FT [...] e depois Adm. de Oxigénio na Factura [...].*

*34- Damos conta, desde já, que iremos efectuar o pagamento de todas as quantias que nos forem imputadas, após os esclarecimentos ora solicitados e os motivos expostos pela CSSM, com o aval desta Entidade. [...]"*

7. Em resposta à reclamação veio a CSSM referir o seguinte:

*"[...] a) A Srª D. F, entrou na Casa de Saúde após queda no domicílio, acidente que originou danos de alguma gravidade, com necessidade de intervenção no Bloco operatório, para o seu restabelecimento.*

*b) As quedas em pessoas com limitações, são eventos adversos que acontecem com alguma frequência, tanto no domicílio como nos Hospitais. Naturalmente que quando um doente é admitido na Casa de Saúde e apresenta risco de queda, por fatores de ordem variada, são identificados pelos profissionais como norma de boa prática, na altura da admissão. Esta avaliação implica a adoção de medidas preventivas, bem como uma vigilância ativa para evitar acontecimentos indesejáveis com danos para os doentes.*

*c) Como é do Vosso conhecimento, foram desde a data da sua entrada encetadas medidas preventivas para que esta situação não se repetisse, considerando os antecedentes no domicílio e o estado confusional em que periodicamente se encontrava. As camas disponíveis*

*na Casa de Saúde, é equipamento próprio hospitalar e na sua constituição, são compostas por barras laterais que sempre que se justifique são elevadas para proteção dos doentes. Esta medida foi adotada durante o tempo em que a Sr.<sup>a</sup> D. F se encontrou internada neste estabelecimento. Só em situações muito pontuais de procedimentos e cuidados de saúde em que estivesse presente um profissional e ou que não fosse possível efetuar estes cuidados, pelas barreiras que constituíam as barras laterais, a que estas eram descidas.*

*d) No dia em que se verificou a queda, os profissionais de serviço foram ouvidos sobre este acontecimento e todos foram unânimes em afirmar que as barreiras laterais estavam levantadas. Também se encontra documentado em notas/registos de enfermagem esta constatação.*

*e) Perante estes fatos e as circunstâncias em que a queda aconteceu, entendemos não haver por parte dos profissionais da Casa de Saúde de São Mateus, quaisquer negligência ou omissão de cuidados. [...]*

## **II.2. Do pedido de informação à Casa de Saúde de São Mateus**

8. Considerando a necessidade de obtenção de informação adicional para a análise mais aprofundada da situação, foi solicitado ao CSSM, em 2 de maio de 2018, 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 da utente FF, 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. *Remetam cópia do seguro de responsabilidade civil e profissional, referente aos anos 2017 e 2018;*
8. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*

9. Por ofício de 28 de maio de 2018, a CSSM veio aos autos informar que:

*“[...]”*

*1. Pronunciem-se de forma completa e fundamentada sobre o conteúdo da exposição.*

*a).- A exposição tem a data de 8 de Março de 2017, é feita de forma articulada e dela constam 34 pontos. Sendo que,*

*b).- Um dos subscritores da referida exposição, em 25 de Janeiro de 2017 havia solicitado, via e-mail, informações e pedidos diversos a PA (funcionária da CSSM).*

*e).- Em resposta, o Diretor da CSSM, via e-mail, respondeu nos termos que melhor constam do documento anexo (Doc. nº 1).*

*d).- Em 3 de Março de 2017 a CSSM, por intermédio do seu mandatário, remeteu à utente dos serviços uma carta solicitando-lhe o pagamento dos serviços prestados (cfr. Doc. nº 2 anexo).*

*e).- Na sequência de tal interpelação, em 8 de Março os familiares (filha e genro) da utente remeteram à ERS a exposição a que se responde. Assim,*

*f).- Como decorre da exposição apresentada, os 'reclamantes' não questionam a qualidade do serviço prestado, desde o pessoal auxiliar, enfermagem, aos médicos, durante todo o tempo em que a doente esteve internada (cfr. ponto 20 da exposição).*

*g).- A única pretensão dos exponentes é a de que os mesmos sejam dispensados do pagamento dos tratamentos médicos, radiológicos e dias de internamento que foram realizados na sequência da queda ocorrida no Hospital (cfr. pontos 22 e 28 da exposição).*

*Ora,*

*h).- A pretensão não foi aceite pela ora respondente, pois que, não obstante a utente ter caído no Hospital, tal facto não ficou a dever-se a qualquer omissão do dever de assistência, cuidado e vigilância por parte dos funcionários e colaboradores da CSSM. Na verdade,*

*i).- A Direção da CSSM, nas diligências internas que fez para apurar as circunstâncias em que tinha ocorrido a queda da utente, concluiu que todos os procedimentos e deveres de cuidado tinham sido observados. Por isso,*

*j).- Como consta da alínea d) do Doc. nº 1 anexo, o Diretor da CSSM fez constar: "d) No dia em que se verificou a queda, os profissionais de serviço foram ouvidos sobre estes acontecimentos e todos foram unânimes em afirmar que as barreiras laterais estavam*

levantadas. Também se encontra documentado em notas/registos de enfermagem esta constatação" (SIC).

k).- Na verdade, consta do relatório de enfermagem (que abrange todo o internamento) o episódio da queda (cfr. cópia que se anexa e dá por reproduzido - Doc. nº 3).

1).- Do mesmo modo, tal episódio consta também da ficha de ocorrência e eventos adversos (cfr. cópia que igualmente se anexa e dá por reproduzida - Doc. nº 4). Assim,

m).- Na ficha de enfermagem (17/01 #Hora: 8-16) consta: "No momento da passagem de turno sentiu-se um barulho, no qual detetámos que a utente teria caído. A utente apresentava-se caída no chão, tendo saltado as grades laterais de proteção que estavam elevadas. No momento a utente apresentava-se consciente e orientada, com sangue a nível das mãos, visto ter exteriorizado o catéter e removido elétrodos da monitorização" (SIC).

n).- Também na denominada 'ficha de ocorrência e eventos adversos' o episódio foi registado nos mesmos termos, cujo conteúdo se dá por reproduzido.

o).- A respondente não omitiu qualquer dever de vigilância que tivesse originado a queda da cama da utente. Na verdade,

p).- Como é pacífico na jurisprudência, o dever de vigilância só existe em relação a perigos representáveis por um avaliador prudente. Ora,

q).- Estando evidenciado que quando a utente caiu da cama as barras laterais estavam levantadas, forçoso é concluir que a respondente tomou os cuidados que lhe eram exigíveis para que tal evento - queda da cama da utente - não ocorresse.

r).- A respondente não omitiu qualquer dever (de vigilância de prevenção de perigo) que tivesse originado a queda da utente.

s).- A queda ficou a dever-se a evento não previsível, nem controlável pela respondente, não lhe sendo exigível conduta diferente daquela que adotou.

t).- Não sendo ilícita a conduta da respondente, a mesma não pode ser responsabilizada por um facto a que é estranha. Por isso,

u).- Não pôde aceder à pretensão da recorrente no sentido de não cobrar os serviços prestados e de assumir tal responsabilidade.

Sem prescindir,

v).- O vertido na parte final do ponto 6 da exposição não corresponde à verdade. Aliás,

w).- Bastará atentar no registo de 16/01 (16-24) das notas do pessoal de enfermagem para se constatar que tal afirmação não é verdadeira.

x).- Também o vertido no ponto 8 não corresponde à verdade, como se evidencia pelo relatório do T.C. cerebral cuja cópia se anexa (Doc. nº 5).

y).- O vertido nos pontos 9 e 10 é conclusivo, apesar de se conceder que a queda no Hospital, por razões óbvias, terá contribuído para a manutenção do internamento da utente.

z).- No que respeita ao vertido nos pontos 28 a 33, a respondente pronuncia-se nos termos seguintes:

aa).- A respondente prestou serviços à utente a solicitação da mesma e dos seus familiares. Pelo que,

bb). – os exames radiológicos, tratamentos médicos e dias de internamento, posteriores à queda da utente no Hospital, são da sua responsabilidade, pois que inexistiu por parte da respondente qualquer omissão do dever de vigilância e/ou cuidado, nos termos preditos.

cc).- A respondente prestou todos os serviços e fornecimentos constantes das Faturas [...], as quais se reportam a todo o período de internamento, e não apenas após a queda da utente em 17/01/2017 (doc. 4 anexo à exposição).

dd).- No dia 17/01/2017, na sequência da queda, fez na verdade uma TAC, e o preço cobrado foi de 100,00 Euros.

ee).- O valor de 1.097,25 Euros corresponde à totalidade dos dias em que esteve internada (pois que a queda ocorreu no dia 17, tendo tido alta às 15h00 do dia 19 (cfr. Doc. nº 3 anexo).

ff).- Corresponde à verdade que pela administração de oxigénio (fatura anexa à exposição como doc. 5) foi cobrada a quantia de 100,80 Euros.

gg).- Pela realização de exame (gasometria no internamento) foi cobrada a quantia de 15,00 Euros.

hh).- A administração de oxigénio e a gasometria (exame realizado para avaliação da oxigenação do sangue e do estado ou equilíbrio ácido-base do organismo) são naturalmente realidades completamente distintas.

ii).- Atentas as razões aduzidas supra, estas foram as razões pelas quais a respondente não podia assumir qualquer responsabilidade pela queda da utente no Hospital, pois que não omitiu qualquer dever de vigilância e/ou cuidado. Por isso,

jj).- Não podia deixar de cobrar os serviços prestados.

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

kk).- Anexa-se, para conhecimento de V. Ex<sup>as.</sup>, o procedimento (Escala de Morse para risco de queda) existente neste Hospital (Doc. nº 6).

3. Confirmação, pormenorizada e documentalmente suportada, da existência de avaliação de risco, registada no processo clínico da utente F, caso a mesma tenha ocorrido.

11).- A utente deu entrada no Hospital da CSSM na sequência de uma queda, como aliás consta do registo clínico (Registo de 12/1 (21:00) anexo como doc. 3), pelo que a avaliação do risco de queda foi ponderada.

4. Descrição, pormenorizada e documentalmente suportada, dos protocolos e/ou procedimentos internos em vigor nessa unidade para avaliação do risco de queda de utentes, mm).- As medidas de prevenção adotadas são expressamente referidas no relatório anexo como doc. 3, designadamente: nos registos de 12/01 (23.30) "Fica em repouso no leito. Grades laterais elevadas"; no registo de 13/01 (0-8) "Grades laterais elevadas"; no registo de 13/01 (8-16) "(...) cabeceira e grades laterais elevadas"; no registo de 14/01 "cabeceira e grades elevadas"; no registo de 14/01 (8-14) "Mantém cabeceira e grades laterais elevadas"; no registo de 14/01 (16-24) "Grades laterais"; no registo de 15/01 (0-8) "Dormir por períodos com grades laterais elevadas"; no registo de 15/01 (+1-18.30) "Fica em repouso no leito. Grades laterais elevadas e cabeceira a 30°"; no registo de 16/01 (0-8) "Cabeceira e grades elevadas"; no registo de 17/01 (8-16) "(. ..) as grades laterais de proteção da cama que estavam elevadas"; no registo de 17/01 (16-24) "Repousa no leito com grades laterais elevadas"; no registo de 18/01 (0-8) "Mantém grades laterais elevadas"; no registo de 19/01 (0-17) "Posicionamento em alternância de decúbito no leito. Grades laterais elevadas e cabeceira a 30°".

5. Cópia do relatório, pormenorizada e documentalmente suportada, da comunicação de incidentes ou eventos adversos a entidade externa.

nn).- Anexa-se cópia do relatório de ocorrência e evento adverso, comunicado no dia 17/01/2017 ao enfermeiro chefe JG e à senhora enfermeira DF na qualidade de 'Gestora Qualidade' do Hospital CSSM (Doc. nº 4).

6. Descrição das medidas tomadas quanto à situação em análise, em particular para a sua correção.

oo).- As medidas cautelares e preventivas tomadas são as constantes dos registos e referidas em mm) (grades laterais elevadas) e a existência do procedimento (Escala de Morse para o risco de queda).

7. Remetam cópia do seguro de responsabilidade civil e profissional, referente aos anos de 2017 e 2018.

pp).- Anexa-se cópia das 'condições gerais' e 'cláusula particular' do seguro de responsabilidade civil da respondente - Apólice nº [...] da Companhia de Seguros Tranquilidade, de periodicidade anual; corresponde aos períodos de 2016-08-03 a 2017-08-02. E Apólice nº [...] respeitante ao período de 2017-08-03 a 2018-08-02 (Doe. nº 7).

8. Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso em concreto

qq).- *A causa da presente exposição nada tem a ver com a qualidade dos serviços prestados à utente, aliás expressamente elogiados na exposição (cfr. ponto 20 da exposição).*

rr).- *Os exponentes entenderam que não deviam pagar os serviços prestados entre os dias 17 e 19 de Janeiro à utente por entenderem que, tendo a mesma caído no Hospital, tais custos deveriam ser suportados pela respondente.*

ss).- *Das faturas a que aludem na exposição, cujo valor global ascendia a 3.612,43 Euros, descontando o valor entregue a título de adiantamentos (500,00 Euros), o remanescente em dívida era de 3.112,43 Euros. Por isso,*

tt).- *No dia 18/05/2017 efetuaram uma transferência bancária a favor da respondente, no valor de 2.698,00 Euros, ficando em dívida a quantia de 414,43 Euros.*

uu).- *A respondente, pela razões aduzidas, considerando que a queda da utente não lhe era imputável, fosse a que título fosse, designadamente por inexistir por parte da respondente a omissão de qualquer dever, fosse o dever de vigilância ou o dever de cuidado, atento o incumprimento, exigiu judicialmente a cobrança daquele valor. Sendo que,*

vv).- *No dia 14/03/2018, na audiência de julgamento a respondente e a utente (aí 'representada' pela sua filha e genro) efetuaram a transação cuja cópia se anexa (Doc. nº 8).*

ww).- *A utente procedeu ao pagamento, em singelo, da quantia em dívida, no valor de 414,13 Euros, nada mais devendo à ora respondente. [...]"*

10. O prestador vem também juntar aos autos, e para o que presente processo importa, os seguintes documentos:

- a) Cópia da Ata de Audiência de Julgamento, realizada em 14 de março de 2018;
- b) Cópia da Apólice de Seguro de Responsabilidade Civil contratada pela Casa de Saúde de São Mateus;
- c) Cópia do relatório do TC Cerebral realizado à utente F, em 17 de janeiro de 2017;
- d) Cópia de Ficha de ocorrência e Eventos Adversos, comunicada em 17 de janeiro de 2017;
- e) Cópia das Notas de Pessoal de Enfermagem, de 12 de janeiro a 19 de janeiro de 2017;
- f) Cópia do Procedimento de Escala de Morse para o Risco de Queda, com data de 2 de fevereiro de 2017.

### **II.3. Parecer do perito médico consultado pela ERS**

11. Considerando os elementos constantes dos autos foi solicitado parecer clínico a perito médico consultado pela ERS, o qual emitiu um relatório de apreciação clínica no qual é referido que:

*“[...] Trata-se situação de doente internada na sequência de queda no domicílio de que terá resultado traumatismo torácico com fractura de costelas e hemotórax, com necessidade de drenagem.*

*Durante o referido internamento e na véspera de eventual alta, sofreu queda da cama, com traumatismo de crânio (ferida de couro cabeludo), mas sem lesões cerebrais conforme demonstrado em TAC cerebral realizado.*

*As notas de enfermagem referem por várias vezes e em diferentes turnos que as grades da cama se encontravam elevadas como medida de precaução para evitar quedas, o que não terá impedido a mesma.*

*Parece consensual que foram tomadas medidas de prevenção que parecem adequadas para evitar quedas por parte da doente. De referir que a elevação das grades da cama, só por si, não é impeditiva que as mesmas possam suceder, ainda que diminuam acentuadamente as mesmas. Apenas as contenções físicas e/ou farmacológicas podem contribuir para uma maior diminuição da incidência das mesmas. [...]”.*

### **III. DO DIREITO**

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

12. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
13. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
14. Consequentemente, a Casa de Saúde de São Mateus, S.A. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde sujeita à regulação da ERS.
15. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.
16. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas b), c) e d) do artigo 10º dos Estatutos da ERS, “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde”; “garantir os

*direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”.*

17. No que toca, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas.*
18. Já no que se refere ao objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS *“garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”.*
19. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
20. Pelo que, tal como configurada, a situação objeto de análise nos presentes autos, 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.

### **III.2. Do enquadramento legal da prestação de cuidados de saúde**

21. 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.
22. 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.
23. 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.

24. Além disso, a importância do bem em causa (a saúde do doente) imprime uma gravidade excecional à prestação de cuidados em situação de falta de condições adequadas.
25. 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.
26. 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.
27. 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*.
28. 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.
29. A este respeito encontra-se reconhecido na Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, que aprovou a Lei de Bases da Saúde (LBS), e, hoje, no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o direito dos utentes a serem “*tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*” – cfr. alínea c) da Base XIV da LBS.
30. 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.
31. Por outro lado, quando na alínea c) da Base XIV da LBS se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, 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.
32. 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*”.
33. 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.

34. Para além destas exigências, os prestadores de cuidados de saúde devem ainda assegurar e fazer cumprir um conjunto de procedimentos, que tenham por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de incidentes e eventos adversos, que possam afetar os direitos e interesses legítimos dos utentes.

35. Em especial, devem ser observadas as regras constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde (doravante DGS) n.º 011/2012, de 30 de julho de 2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos<sup>1</sup>, bem como a Norma da DGS n.º 015/2014, de 25 de setembro de 2014, que cria o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA<sup>2</sup>.

36. Os sobreditos documentos, aplicáveis a todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde Português, estabelecem procedimentos que constituem instrumentos eficazes para a deteção de eventos adversos e para estimular a reflexão e o estudo sobre os mesmos, por forma a determinar a alteração de comportamentos e a correção e retificação de erros, em prol da qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados de saúde a prestar aos utentes.

37. Assim, a Orientação da DGS n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos estabelece concretamente o seguinte:

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

*1) promover a aprendizagem sobre as respetivas causas e prevenir a sua recorrência;*

*2) identificar as causas raiz do evento e procurar atuar sobre essas causas, indo além da mera resolução das manifestações dos problemas;*

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

38. Já relativamente à Norma da DGS n.º 015/2014 que cria o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, a mesma estabelece que:

*“1. Todas as Unidades do Sistema de Saúde devem possuir uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente.*

*2. A indicação do gestor local e do seu substituto, junto desta Direção-Geral, deve obrigatoriamente:*

---

<sup>1</sup> A Orientação da DGS n.º 011/2012, de 30 de julho de 2012, pode ser consultada em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>.

<sup>2</sup> A Norma da DGS n.º 015/2014, de 25 de setembro de 2014, procurou reconfigurar e melhorar a estrutura e organização de conteúdos do antigo Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), e pode ser consultada em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>.

- a. conter os seus nomes completos, endereços eletrónicos e contactos telefónicos profissionais;
  - b. serem dirigidos ao endereço notifica@dgs.pt.
3. O gestor local ou o seu substituto ficam, obrigados a garantir:
- a. que o acesso à sua página pessoal no NOTIFICA é intransmissível;
  - b. reporte periódico à administração da instituição;
  - c. o respeito e o cumprimento dos procedimentos previsto no “Manual do Gestor local”, disponível na página [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
4. Os incidentes reportados no NOTIFICA devem ser alvo de análise interna, pelo gestor local, de forma a garantir:
- a. a validação das notificações;
  - b. a identificação de medidas de correção, de implementação imediata, se aplicável;
  - c. a identificação dos fatores contribuintes;
  - d. a determinação de um plano de ação com medidas preventivas ou corretivas se e conforme aplicável.
5. O gestor local deve dar retorno de informação ao notificador, acedendo à plataforma NOTIFICA e transcrevendo para a notificação em análise, as medidas preventivas e/ou corretivas definidas.
6. Sempre que se verificar a ocorrência de um incidente cujo grau de dano para o doente é “grave” ou “morte”, o gestor local deverá:
- a. promover a aprendizagem sobre as respetivas causas e prevenir a sua recorrência;
  - b. identificar as causas raiz do evento e procurar atuar sobre essas causas, indo além da mera resolução das manifestações dos problemas;
  - c. seguir a metodologia de desenvolvimento da Análise das Causas Raiz, elaborada a partir das experiências internacionais nesta área, no cumprimento da Orientação n.º 011/2012 de 30 de julho de 2012. [...]”.
10. A notificação de um incidente, ocorrido numa instituição prestadora de cuidados de saúde exige a implementação de medidas corretoras sistémicas por parte da administração da instituição, de forma a evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir. [...]”.
39. Tais procedimentos constituem, assim, instrumentos eficazes para deteção de eventos adversos e para estimular a reflexão e o estudo sobre os mesmos, por forma a determinar a

alteração de comportamentos e a correção e retificação de erros, em prol da qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados de saúde a prestar aos utentes.

40. Ainda com relevância para a matéria em análise, e no quadro da proteção dos direitos e interesses dos utentes, de acordo com a alínea a) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS, incumbe a esta Entidade Reguladora “*promover um sistema de âmbito nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes*”.
41. É neste enquadramento que a ERS se encontra a desenvolver o projeto SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), que consiste num sistema de avaliação da qualidade global dos serviços de saúde, em Portugal continental<sup>3</sup>.
42. Embora atualmente estejam apenas implementados os módulos relativos a estabelecimentos de saúde com internamento (SINAS@Hospitais) e a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde oral (SINAS@Saúde.Oral), existe a pretensão de estender o sobredito sistema a todos os estabelecimentos de saúde (públicos, privados, cooperativos e sociais) sujeitos à regulação e supervisão da ERS.
43. Atendendo às dificuldades em uniformizar o conceito de “*qualidade*”, em cada módulo do SINAS são avaliadas diversas dimensões dos serviços prestados, algumas das quais são transversais a todos os módulos, como é o caso, por exemplo, da dimensão relativa à “*segurança do doente*”.
44. E nesta dimensão da “*segurança do doente*” incluem-se categorias de avaliação que merecem destaque para a matéria em análise nos autos, designadamente a implementação de planos, procedimentos, políticas ou protocolos para avaliação do risco de quedas dos doentes, o registo no processo clínico destes dos resultados dessa eventual avaliação, o registo de ocorrência de quedas e a avaliação do registo de ocorrência de quedas numa ótica de melhoria contínua, entre outros.

### **III.3. Análise da situação concreta**

45. Importa recordar que, caberá à ERS aferir da adequação dos procedimentos adotados no decurso do episódio clínico relatado e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os direitos e interesses legítimos dos utentes.
46. Concretamente, importa analisar se a CSSM respeitou o direito da utente FF à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, e se, em geral, nesse mesmo estabelecimento de saúde, o mencionado direito se encontra acautelado – concretamente, ao nível da avaliação e prevenção adequadas do risco de queda dos utentes, designadamente determinando se o prestador implementou e/ou cumpre os respetivos procedimentos;

---

<sup>3</sup> Sobre o SINAS, consultar a página eletrónica da ERS, em <https://www.ers.pt/pages/265>.

47. Assim, da análise dos elementos carreados para os autos, resulta que “[...] 1- A Sra. D. FF é uma pessoa idosa, com 82 anos que, no dia 11/01/2017 sofreu uma queda no Centro de Dia [...], onde se encontrava inscrita. [...]
48. A utente FF foi internada na CSSM no dia 12 de janeiro de 2017;
49. No dia 17/01/2017, foi a família da utente informada que “[...] a D. F tinha caído da cama, no início da manhã, durante o horário de troca de turnos e que, por isso, teria que ser submetida a novos RX e TAC para ver se teria ocorrido comprometimento das costelas/pulmões.[...]”.
50. Refere a este propósito a CSSM que “[...] Quando um doente é admitido na Casa de Saúde e apresenta risco de queda, por fatores de ordem variada, são identificados pelos profissionais como norma de boa prática, na altura da admissão. Esta avaliação implica a adoção de medidas preventivas, bem como uma vigilância ativa para evitar acontecimentos indesejáveis com danos para os doentes. [...] As camas disponíveis na Casa de Saúde, é equipamento próprio hospitalar e na sua constituição, são compostas por barras laterais que sempre que se justifique são elevadas para proteção dos doentes. Esta medida foi adotada durante o tempo em que a Sr.<sup>a</sup> D. F se encontrou internada neste estabelecimento. [...]”;
51. A este respeito, o perito médico consultado pela ERS refere que apesar de terem sido “[...] tomadas medidas de prevenção que parecem adequadas para evitar quedas por parte da doente. [...] a elevação das grades da cama, só por si, não é impeditiva que as mesmas possam suceder, ainda que diminuam acentuadamente as mesmas. [...]”.
52. Acresce que a CSSM esclareceu ainda que “[...] No dia em que se verificou a queda, os profissionais de serviço foram ouvidos sobre este acontecimento e todos foram unânimes em afirmar que as barreiras laterais estavam levantadas. Também se encontra documentado em notas/registos de enfermagem esta constatação. [...]”.
53. Com efeito, da cópia das notas do pessoal de enfermagem, é possível constatar que no decurso do internamento, existe informação escrita sobre a elevação das grades, designadamente nos dias “[...] nos registos de 12/01 (23.30) "Fica em repouso no leito. Grades laterais elevadas"; no registo de 13/01 (0-8) "Grades laterais elevadas"; no registo de 13/01 (8-16) "(...) cabeceira e grades laterais elevadas"; no registo de 14/01 "cabeceira e grades elevadas"; no registo de 14/01 (8-14) "Mantém cabeceira e grades laterais elevadas"; no registo de 14/01 (16-24) "Grades laterais"; no registo de 15/01 (0-8) "Dormir por períodos com grades laterais elevadas"; no registo de 15/01 (+1-18.30) "Fica em repouso no leito. Grades laterais elevadas e cabeceira a 30º"; no registo de 16/01 (0-8) "Cabeceira e grades elevadas"; no registo de 17/01 (8-16) "(. ..) as grades laterais de proteção da cama que estavam elevadas"; no registo de 17/01 (16-24) "Repousa no leito com grades laterais elevadas"; no registo de 18/01 (0-8) "Mantém grades laterais elevadas"; no registo de 19/01 (0-17) "Posicionamento em alternância de decúbito no leito. Grades laterais elevadas e cabeceira a 30º”.

54. Por outro lado, ainda que o prestador tenha junto aos autos cópia do Procedimento de Escala de Morse para o Risco de Queda, com data de 2 de fevereiro de 2017, bem como cópia de ficha de ocorrência e eventos adversos, certo é que a data de elaboração do primeiro documento é posterior à ocorrência dos factos.
55. Ao que acresce que não existe informação nos autos sobre a avaliação realizada à utente e o grau de risco.
56. Deste modo, da ponderação global dos factos apurados resulta que CSSM possui, atualmente, procedimentos relativos à prevenção e monitorização de quedas, que seguem, em geral, as linhas de orientação da DGS, supra referidas.
57. Por outro lado, não veio o prestador aos autos informar sobre a notificação do incidente na plataforma NOTIFICA ou outra análoga.
58. Cumprindo recordar que o direito à qualidade dos cuidados de saúde, que implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, é, indubitavelmente, uma garantia de um acesso aos cuidados qualitativamente necessários, adequados e em tempo útil;
59. E que o cumprimento de procedimentos promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
60. Sendo certo que nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos, nas mais diversas áreas de intervenção, sem que se garanta, paralelamente, que os mesmos são efetivamente aplicados, em todos os momentos e em todas as dimensões da atuação dos prestadores, nos cuidados que prestam aos utentes.
61. Quanto à questão, igualmente levantada na reclamação, relativa ao pagamento dos serviços prestados na sequência da queda, tal questão foi dirimida em Tribunal da qual resultou uma Transação entre as partes;
62. Sendo certo que, nos termos do disposto na Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de serviços de saúde com internamento, se determina que *“As unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da prestação de serviços de saúde e que disponham de internamento devem contratar e manter em vigor um seguro de responsabilidade civil e profissional que cubra os riscos inerentes à respetiva atividade e à atividade dos seus profissionais.”*;
63. Tendo a obrigatoriedade de contratar um seguro de atividade como objetivo a proteção dos utentes, e demais pessoas, que possam estar em contacto com situações de risco inerentes à atividade hospitalar, que pela sua própria natureza implicam a existência de um risco potencial, estando a unidade privada de saúde obrigada a reparar os danos, mesmo nos casos em que não atue com culpa, causados por essa mesma atividade.

64. Nestes termos, para evitar que situações como a dos presentes autos voltem a ocorrer, torna-se premente que a Casa de Saúde de São Mateus 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, e garantindo o escrupuloso cumprimento dos procedimentos instituídos, pelo que resulta necessária a intervenção regulatória infra delineada.

#### IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

65. 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, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciarem-se relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a reclamante ML e a CSSM.

66. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, não foi recebida até à presente data, a pronúncia da reclamante;

67. Por outro lado, a ERS rececionou em 4 de outubro de 2018 a pronúncia da CSSM, nos termos seguintes:

*“[...] 3º.- Foi com manifesta perplexidade que a respondente tomou conhecimento da proposta de deliberação, pois que os deveres prescritos nas alíneas a), b) e c) do ponto 65. desde há muito que se encontram implementadas e em execução permanente e efectiva. Acresce que,*

*4º.- Não tendo a respondente omitido qualquer dever a que se encontre legalmente adstrita, a publicitação da deliberação no sítio oficial da ERS causará à respondente, de forma absolutamente injustificada, um grave prejuízo para a sua imagem e bom-nome relativamente à actividade que desenvolve há mais de meio século. Assim,*

*5º.- A respondente tem presente, além do mais, o parecer do perito médico consultado pela ERS (cfr. fls. 13 do projecto de decisão), cujo conteúdo, pelo seu rigor técnico e absoluta independência, merece a sua concordância.*

*6º.- O senhor perito médico é inequívoco ao afirmar o seguinte: “(...) Parece consensual que foram tomadas medidas de prevenção que parecem adequadas para evitar quedas por parte da doente. De referir que a elevação das grades da cama, só por si, não é impeditiva que as mesmas possam suceder, ainda que diminuam acentuadamente as mesmas. Apenas as contenções físicas e/ou farmacológicas podem contribuir para uma maior diminuição da incidência das mesmas” (sic).*

*7º. - A queixa apresentada à respondente radicava tão só no facto de esta não ter tomado as medidas de prevenção adequadas para ter evitado a queda da utente. Ora,*

8º.- Como o senhor perito médico consultado pela ERS afirma de modo claro e inequívoco, é consensual que tais medidas foram tomadas,

9º.- Concorda-se em absoluto com o senhor perito médico quando refere que 'Apenas as contenções físicas e/ou farmacológicas podem contribuir para uma maior diminuição da incidência das mesmas'.

Mas,

10º.- No caso dos presentes autos de inquérito, na avaliação médica realizada pelos médicos que assistiram a utente, entenderam que não se justificava a utilização de qualquer contenção física e/ou farmacológica.

11º.- Opinião essa que era sufragada pelas senhoras enfermeiras que acompanhavam em permanência a utente.

12º.- Por razões que a respondente se dispensa de referir, qualquer utilização de contenção física ou farmacológica injustificada, traduz-se numa violação grave dos direitos fundamentais da pessoa humana constitucionalmente protegidos e, de modo especial, na violação dos direitos de qualquer ser humano/doente, atento o seu estado de fragilidade.

13º.- A respondente tem ainda presente o vertido no ponto 56 (fis. 21/23) do projecto de decisão: "Deste modo, da ponderação global dos factos apurados resulta que a CSSM possui, atualmente, procedimentos relativos à prevenção e monitorização de quedas, que seguem, em geral, as linhas de orientação da DGS, supra referidas".

14º.-A respondente permite-se apenas fazer uma rectificação à avaliação/conclusão vertida no ponto referido no número anterior. Com efeito,

15º.- A CSSM dispõe de procedimentos relativos à prevenção e monitorização de quedas que seguem as linhas de orientação da DGS, não só actualmente, mas desde há muito. Designadamente, já deles dispunha e executava, de modo permanente, à data da ocorrência do facto que motivou a queixa e, em parte alguma dos autos de inquérito, tal facto é infirmado.

16º.- Corresponde à verdade que a respondente não reportou na plataforma '**NOTIFICA**', ou outra análoga, a ocorrência do evento subjacente à queixa.

17º.- A respondente sabe e tem consciência que o fim do reporte em causa é aprender com a experiência, de forma a evitar situações análogas e/ou implementar medidas que obstem à sua repetição. Porém,

18º.- Só o não fez por considerar que, tendo tomado todas as medidas cautelares, não encontrava explicação e/ou qualquer razão para a ocorrência do evento, atenta a natureza excepcional do mesmo. Aliás,

19°.- *Desconhece a respondente que outras medidas possa adoptar para evitar a queda de utente em circunstâncias absolutamente excepcionais. Com efeito,*

20°.- *Fazendo suas as palavras do senhor perito médico consultado pela ERS, apenas as contenções físicas e farmacológicas podem contribuir para a diminuição da incidência de quedas. Mas,*

21°.- *É óbvio para a respondente que tais medidas só podem ser aplicadas quando as concretas circunstâncias o aconselhem - o que manifestamente não era o que se verificava no caso em apreço.*

22°.- *Não é inteiramente verdade o vertido no ponto 55 do projecto de decisão, pois, como decorre dos documentos anexos aos autos, a paciente deu entrada na CSSM na sequência de uma queda, facto que é expressamente referenciado pelos médicos e enfermeiros, razão pela qual, e atendendo também à sua idade, foram tomadas as medidas cautelares adequadas que se impunham.*

23°.- *Contrariamente ao que se inculca no ponto 54. do projecto de decisão, apesar do "Procedimento de Escala de Morse para o Risco de Queda" ter a data de 2 de Fevereiro de 2017 (**data da emissão do documento**), o mesmo há muito que era efectivamente e em permanência implementado.*

24° - *A respondente concorda em absoluto com o vertido nos pontos 58 e 59 (**fls. 21 do projecto de decisão**). Porém,*

25°.- *Com o respeito devido, permite-se discordar com o que é inculcado no ponto 60 do projecto de decisão, relativamente à ora respondente. Com efeito,*

26°.- *A respondente não só dispõe de procedimentos relativos à prevenção e monitorização de quedas, que seguem as linhas de orientação da DGS, como os aplica efectivamente em todos os momentos e em todas as dimensões da sua actuação nos cuidados que presta aos utentes.*

27°.- *A respondente tem também presente o sentido e alcance do disposto no artº. 5 o da Portaria nº 290/2012, de 24 de Setembro, doutamente vertido aliás nos pontos 62 e 63 do projecto de decisão. Sendo certo que,*

28°.- *A respondente fez prova da existência do referido seguro, válido e eficaz. Porém,*

29°.- *Considerou que a situação dos autos não se enquadrava na previsão de tal normativo - circunstância essa que motivou a transacção realizada, homologada por douda decisão judicial.*

30°.- *Sempre com o respeito devido, a respondente não se conforma, discordando e insurgindo-se contra o vertido no ponto 64 do projecto de decisão. Com efeito,*

31°.- A CSSM desde sempre conformou a sua conduta às exigências legais e regulamentares aplicáveis, adoptando os comportamentos que salvaguardam a efectiva prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, o que decorre do escrupuloso cumprimento dos procedimentos instituídos. Aliás,

32°.- No projecto de decisão não é imputada à respondente a violação de quaisquer normas legais e/ou regulamentares aplicáveis - pois que as mesmas não foram violadas.

33°.- Acresce que a respondente sempre cumpriu, de forma permanente e efectiva, as medidas e os procedimentos de que dispõe (**como é referido no ponto 56 do projecto de decisão**) destinados a garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde que, aliás, não são circunscritos à avaliação do risco de queda dos utentes e de prevenção de ocorrência dos mesmos.

34°.- A respondente cumpre, como sempre cumpriu, as normas e orientações em vigor sobre incidentes de quedas e eventos adversos, de acordo com as orientações da Direcção Geral de Saúde n.ºs. 011 /2012, de 30 de Julho, e 015/2014, de 25 de Setembro.

35°.- A respondente sempre emitiu e divulgou ordens e orientações claras e precisas aos seus profissionais para a necessidade do escrupuloso e rigoroso cumprimento de todos os procedimentos em conformidade com a lei e regulamentos.

36°.- A ERS poderá verificar, em qualquer momento, 'in loco', a implementação generalizada de tais procedimentos, informando por isso e desde já V. Exas., em cumprimento do disposto na alínea d) do ponto 65 do projecto de decisão, que a 'instrução' há muito se encontra implementada.

#### CONCLUSÕES:

1a. - A respondente não violou qualquer norma ou regulamentação, designadamente quanto à prevenção e implementação de medidas destinadas a evitar quedas e eventos adversos

2a. - A respondente cumpre, de forma permanente e efectiva, as medidas e/ou procedimentos que dispõe, de modo a garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde que presta.

3a. - A respondente cumpre e sempre cumpriu as normas e orientações em vigor sobre incidentes de quedas e eventos adversos, em conformidade com as normas e orientação da DGS, designadamente as que constam das orientações n.ºs. 011/2012, de 30 de Julho, e 015/2014, de 25 de Setembro.

4a. - A respondente sempre divulgou, informando e comunicando junto dos seus profissionais, orientações claras e precisas dos procedimentos que adopta e sobre a necessidade de os mesmos serem escrupulosamente cumpridos.

5a. - A respondente cumpre, há muito, de forma permanente e efectiva, os procedimentos referidos nas alíneas a), b) e c) do ponto 65. do projecto de decisão, como poderá ser comprovado *in loco*, a qualquer momento, por qualquer inspecção ou fiscalização a realizar.

NESTES TERMOS,

*PELAS RAZÕES ADUZIDAS SUPRA E SEM PREJUÍZO DE V. Exas. ORDENAREM A VERIFICAÇÃO, 'IN LOCO', DO REFERIDO SUPRA, DEVERA O PROJECTO DE DECISÃO SER ALTERADO NO SENTIDO DE SER ORDENADO O ARQUIVAMENTO DO INQUÉRITO, UMA VEZ QUE A RESPONDENTE NÃO VIOLOU QUALQUER NORMA, REGULAMENTO OU ORIENTAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE QUE PRESTA E TEM IMPLEMENTADAS E EM EXECUÇÃO PERMANENTE AS MEDIDAS CONSTANTES DAS ALÍNEAS a), b) e c) DO PONTO 65. DO PROJECTO DE DECISÃO. [...]*”.

68. Analisados os elementos invocados na pronúncia da CSSM, cumpre analisar a suscetibilidade de os mesmos infirmarem a deliberação delineada e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os direitos e interesses legítimos dos utentes.

69. Faz-se, desde já, notar que todos os argumentos apresentados na pronúncia foram devidamente considerados e ponderados pela ERS<sup>4</sup>;

70. Assim, no que aos pontos 5º a 12º da pronúncia respeita, aceita-se que a CSSM possa ter implementado medidas para que a queda não ocorresse e que “[...] *As contenções físicas e/ou farmacológicas [...]*”, no caso concreto, não fossem, eventualmente, adequadas;

71. Aceita-se, também, que a “[...] *utilização de contenção física ou farmacológica [...]*” deve ser justificada e proporcional ao perigo de queda que, cada utente devidamente avaliado, representa.

72. Quanto ao alegado nos pontos 15º a 21º da pronúncia, refere a CSSM que “[...] *Corresponde à verdade que a respondente não reportou na plataforma 'NOTIFICA', ou outra análoga, a ocorrência do evento subjacente à queixa. [...] A respondente sabe e tem consciência que o fim do reporte em causa é aprender com a experiência, de forma a evitar situações análogas e/ou implementar medidas que obstem à sua repetição [...]* Só o não fez por considerar que, tendo tomado todas as medidas cautelares, não encontrava explicação e/ou qualquer razão para a ocorrência do evento, atenta a natureza excepcional do mesmo”.

---

1. Quanto ao ponto 4º da pronúncia, refira-se que nos termos da alínea e) do artigo 71º dos Estatutos da ERS, a ERS disponibiliza uma página eletrónica com informação referente à sua atividade regulatória, em cumprimento do dever de transparência a que está vinculada.

73. Ora, exatamente por se tratar de uma situação, de acordo com a CSSM “[...] *sem explicação ou razão para a ocorrência* [...]” e “[...] *atenta a natureza excepcional do mesmo* [...]” tornava-se necessário, senão fundamental, proceder a uma avaliação do caso, através da “Análise das Causas Raiz”, tal como determinado na Orientação n.º 11/2012 da Direção Geral da Saúde, o que não aconteceu;
74. Quanto ao ponto 22º da pronúncia, no que se refere ao ponto 55º do projeto de deliberação que refere “[...] *não existe informação nos autos sobre a avaliação realizada à utente e o grau de risco*. [...]”, mantém-se o ali descrito, uma vez que não consta dos autos, especificamente, qual a pontuação obtida pela utente, o respetivo nível de risco de queda e conseqüentemente quais as medidas adotar para evitar a queda, de acordo com a Escala de Morse;
75. Ainda, no que toca aos pontos 23º a 26º da pronúncia, quando a CSSM refere que “[...] *apesar do "Procedimento de Escala de Morse para o Risco de Queda" ter a data de 2 de Fevereiro de 2017 (data da emissão do documento), o mesmo há muito que era efectivamente e em permanência implementado* [...]” ora, mesmo que assim seja, o que se aceita, no caso concreto, não foi carreada para os autos informação que demonstre que os mesmos foram corretamente seguidos;
76. Quanto ao alegado nos pontos 27º a 29º da pronúncia, apesar da situação ter sido dirimida pelo Tribunal através de Transação das partes, mantém-se, e para situações futuras, que “[...] *a obrigatoriedade de contratar um seguro de atividade [tem] como objetivo a proteção dos utentes, e demais pessoas, que possam estar em contacto com situações de risco inerentes à atividade hospitalar, que pela sua própria natureza implicam a existência de um risco potencial, estando a unidade privada de saúde obrigada a reparar os danos, mesmo nos casos em que não atue com culpa, causados por essa mesma atividade*. [...]” (sublinhado nosso)
77. Por fim, no que se refere aos pontos 30º a 34º da pronúncia, a CSSM, demonstrou “[...] *possu[ir], atualmente, procedimentos relativos à prevenção e monitorização de quedas, que seguem, em geral, as linhas de orientação da DGS, supra referidas*. [...]”
78. Não obstante, mantém-se que, no caso em concreto, os procedimentos não foram corretamente seguidos designadamente: inexistente informação, nos autos, sobre a pontuação obtida pela utente, o respetivo nível de risco de queda, e conseqüentemente as medidas adotar para evitar a queda, de acordo com a Escala de Morse;
79. Não tendo sido, também reportada a notificação do incidente na plataforma NOTIFICA ou outra análoga, como a CSSM confessa no ponto 16 da pronúncia, nos termos da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, e conseqüentemente, não foi realizada “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*;

80. Pelo que, e reiterando o que foi já dito em sede do projeto de deliberação e que é aceite pela CSSM, o direito à qualidade dos cuidados de saúde, que implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, é, indubitavelmente, uma garantia de um acesso aos cuidados qualitativamente necessários, adequados e em tempo útil;
81. E que o cumprimento de procedimentos promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
82. E como tal, nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos, nas mais diversas áreas de intervenção, sem que se garanta, paralelamente, que os mesmos são efetivamente aplicados, em todos os momentos e em todas as dimensões da atuação dos prestadores, nos cuidados que prestam aos utentes.
83. Em face do exposto, a CSSM não apresentou qualquer elemento de facto ou de direito capaz de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, como regularmente notificado;
84. Considerando, ainda, que a manutenção da intervenção regulatória, tal como prevista no projeto de deliberação regularmente notificado, visa igualmente a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações, decorrentes de regras e orientações a cada momento aplicáveis, de avaliação e monitorização do risco de queda dos utentes e de prevenção da ocorrência desse incidente;
85. Verifica-se a necessidade de manutenção do teor da deliberação tal como projetada e regularmente notificada, no que respeita às medidas a implementar pela entidade CSSM.

## V. DECISÃO

86. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução à Casa de Saúde São Mateus, S.A, no sentido de dever:
- a) 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;
- 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, referente 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 profissionais;

d) 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*.

87. 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”;

88. 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, 25 de outubro de 2018.