

**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/060/2020;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento em 3 de março de 2020, de uma reclamação subscrita por N.G., visando a atuação do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. (CHBM), entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 19596.

2. Na referida reclamação, datada de 3 de março de 2020, à qual foi atribuída o número REC/19530/2020, a exponente alega, em suma, constrangimentos na garantia dos direitos e interesses da utente N.G.
3. Subsequentemente, em 2 de abril de 2020, a ERS tomou conhecimento da reclamação subscrita por S.C., à qual foi atribuída o número REC/27360/2020, visando o mesmo prestador e a mesma matéria.
4. Face à necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 3 de julho de 2020, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/060/2020, com o intuito de confirmar se o prestador adotou todos os procedimentos necessários para garantir o direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde de qualidade, adequados à situação clínica do utente, o direito do acompanhante ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente nas diferentes fases do atendimento e, bem assim, o direito de acesso dos utentes visados à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., constatando-se que o mesmo é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 19596, responsável pela exploração de dois estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, Hospital N. Sr.^a do Rosário e Hospital Distrital do Montijo;
 - (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente N.G. em 8 de julho de 2020;
 - (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente S.C. em 18 de setembro de 2020;
 - (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao prestador em 8 de julho de 2020, pedido de informação e advertência enviado

ao prestador em 8 de janeiro de 2021, e análise da resposta datada de 11 de janeiro de 2021;

- (v) Notificação e pedido de elementos enviado à Ordem dos Enfermeiros (OE) em 14 de julho de 2020, e análise da resposta datada de 12 de novembro de 2020;
- (vi) Pedido de elementos adicional enviado ao prestador, em 19 de abril de 2021, e análise da resposta datada de 28 de abril de 2021;
- (vii) Pedido de informação e advertência enviado ao prestador, em 13 de maio de 2021, e análise da resposta datada de 18 de maio de 2021.

II. DOS FACTOS

II.1. Do teor das reclamações

II.1.1. Do teor da reclamação apresentada por N.G.– REC/19530/2020

6. Em 3 de março de 2020, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação apresentada por N.C., visando a atuação do CHBM em matéria de monitorização e continuidade dos cuidados prestados à utente N.A..
7. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo exponente na sua reclamação, datada de 3 de março de 2020:

“[...]

Venho desta forma demonstrar o meu mais profundo desagrado e repudio face à forma como a minha irmã - [...] - diagnosticada com doença bipolar e transtorno de personalidade já por 3 vezes submetida a internamento na psiquiatria do Hospital do Barreiro, tem vindo a ser sucessivamente tratada nesta unidade.

Os internamentos deveram-se todos a ingestão medicamentosa voluntária e ideação suicidária, num contexto de profunda depressão.

Desde o primeiro internamento -de 17 a 29 de Janeiro- a postura dos profissionais para com a utente foi frequentemente pautado por uma postura de hostilidade, que em nada se coaduna com a suposta relação de ajuda, empatia e profissionalismo que deverá ser uma condição sine qua non em qualquer profissional e serviço de saúde.

Destaco em particular a postura de gravíssima falta de profissionalismo da Enfermeira [...], na maioria das suas interações com a [...], as quais passo a discriminar:

- *A minha irmã exerce a sua atividade profissional como assistente operacional na Santa Casa da Misericórdia do Barreiro, local onde esta enfermeira também desempenha funções, aparentemente em tempo parcial. Desde o primeiro dia de internamento, e perante o quadro de depressão e recusa alimentar da minha irmã, esta profissional de saúde não se absteve de tecer por variadas vezes comentários depreciativos e reveladores do quadro clínico da minha irmã, às suas colegas de trabalho- também assistentes operacionais na Santa Casa, violando grave e repetidamente o código deontológico do enfermeiro e o dever do sigilo profissional. Além de revelação do quadro clínico, ainda afirmou que " com a [...] tem que ser à bruta- continua sem comer, vai levar com uma sonda". Reforce-se uma vez mais que estes comentários foram referidos a colegas da minha irmã. A ameaça da entubação nasogástrica, perante a sua anorexia e recusa alimentar associados ao seu avançado estado depressivo, foi por diversas e repetidas vezes feitas por esta profissional à minha irmã- atitude que me parece muito pouco terapêutica, e nada digna de uma profissional, que ainda por cima é Enf. Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, o que lhe deveria conferir um maior grau de conhecimento, sensibilidade e saber teórico - prático para lidar com estes doentes, mas que pelo comportamento descrito é uma competência não adquirida.*
- *Para além disto, esta mesma profissional, mas também outros profissionais deste mesmo serviço, decidiram - face à constante recusa alimentar, que seria vedado o direito da [...] a visitas, acreditando que esta restrição a faria alimentar-se. Este é mais um dos direitos da minha irmã gravemente violados neste serviço - o direito às visitas da própria mãe!*
- *Com o passar dos dias, num estado de profunda depressão e submetida a cuidados que de profissionalismo tinham muito pouco, a [...] entrou em crise de ansiedade, tendo arrancado o sistema de soro endovenoso. Aqui mais uma vez a sra enfermeira [...] - com a conivência da restante equipa- achou que a intervenção terapêutica mais adequada seria imobilizar a minha irmã na cama – nos pulsos, tornozelos e zona abdominal e colocando-lhe uma fralda – apesar de a [...] implorar que não o fizesse que a deixassem pelo menos ir à casa de banho. A minha irmã- uma mulher com 31*

anos, ficou totalmente imobilizada na cama e com uma FRALDA durante mais de 24 horas!!!!

Estas situações relatadas ocorreram no primeiro internamento e não descrevem exaustivamente a forma absolutamente desumana e deplorável de como a minha irmã foi tratada.

Saliente-se ainda que durante estes 15 dias, a teve 2!!! sessões de psicoterapia, uma intervenção claramente reconhecida como fundamental nesta e em outras patologias psiquiátricas, e que como tal deveria ter sido muito mais frequente durante o internamento.

No dia 29 de Janeiro, após 15 dias de internamento dos quais saiu pior do que entrou, a minha irmã assinou alta contra parecer médico.

No último internamento neste serviço, novamente por ingestão medicamentosa excessiva voluntária, a minha irmã deu entrada no serviço de psiquiatria na sexta-feira - dia 21 de fevereiro, e até ao dia 25 de Fevereiro ainda não tinha sido observada - pelo menos presencialmente por nenhum médico, o que não me parece de todo aceitável na avaliação de doentes agudos e de uma doente com uma recidiva de ideação suicidária.

No dia 24 de Fevereiro, um visitante habitual da minha irmã, entrou no serviço de internamento com uma embalagem escondida de medicação psiquiátrica – que lhe teria sido secretamente pedida pela [...]. A minha irmã ingeriu 10 comprimidos de quetiapina- um anti- psicótico ao final do dia/ início da noite (como família não fomos informados da hora) foi transferida para o serviço de urgência- não sabemos em que condições clínicas, nem quanto tempo após a ingestão e NINGUÉM da equipa de serviço cumpriu o seu dever de contactar a família da doente para dar conhecimento do ocorrido na altura. A minha mãe tomou conhecimento desta situação no dia seguinte, mais de 15 horas após, aquando da sua chegada ao serviço para a visita habitual. Neste momento, foi informada pelos enfermeiros de serviço de que a [...] se encontrava no SU, mas que não sabiam o motivo - porque " não se encontravam de serviço no dia anterior". Não obstante o fato óbvio das passagens de turno e portanto do conhecimento impreterível de todas as situações ocorridas em internamento, o dever destes enfermeiros seria - perante o gravíssimo erro cometido no dia anterior- chamarem o psiquiatra de serviço no momento para explicarem e clarificarem a situação à minha mãe, que teve que aguardar desde as 13h da tarde até às 17:30 - já no SU para onde foi encaminhada- para que finalmente lhe dessem

alguma informação clínica sobre o estado da filha- que no momento nem sabia se estava viva, e se estivesse, em que condições clínicas.

Perante a gravidade que me parece óbvia de tudo o descrito- que reitero- não descreve de forma exaustiva todos os incidentes ocorridos nesta unidade hospitalar, solicito a V. Exas a melhor atenção e averiguação junto da entidade hospitalar. [...]

8. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu à reclamante, por ofício datado de 8 de abril de 2020, os seguintes esclarecimentos:

[...]

Recebemos a exposição endereçada aos Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., nas datas supracitadas, as quais mereceram a nossa melhor atenção, esclarecemos que a análise das reclamações se reveste de especial importância no seio das instituições de saúde, permitindo a deteção de algumas situações e a sua caracterização, levando a instituição e os profissionais a adquirirem competências para investigar e conduzir os consequentes planos de intervenção, no sentido da melhoria progressiva dos cuidados prestados.

A situação exposta foi analisada internamente junto dos responsáveis do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, pelo que, esclarecemos que o plano terapêutico da doente [...] é definido pela equipa multidisciplinar do internamento, reavaliado todas as segundas-feiras e reajustado diariamente e pontualmente sempre que a situação assim o justifique.

A família foi informada quanto às medidas terapêuticas aplicadas à utente e explicadas à família, tendo em conta segurança, bem-estar e tratamento do doente.

As abordagens cognitivo-comportamentais têm várias indicações específicas e ajustadas à patologia e comportamentos da utente. As sessões psicoterapêuticas são ajustadas ao momento clínico e à capacidade de resposta da utente.

Relativamente à informação aos familiares, informamos que após 19h não se dão informações telefónicas no hospital. No dia seguinte, e sabendo que a doente estava bem, aguardámos pela chegada das visitas de forma a personalizar a informação. Assim, foi solicitado ao familiar da doente que se dirigisse ao serviço de urgência de modo a obter informações.

A equipa de psiquiatria de urgência geral esteve disponível no serviço de urgência onde avaliou a utente antes de esta retomar ao serviço, e não foi solicitado qualquer pedido de informação pelos familiares, que se ausentaram. [...]

II.1.2. Do teor da reclamação apresentada por S.C.– REC/27360/2020

9. Em 2 de abril de 2020, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação apresentada por S.C., visando a atuação do mesmo prestador, em matéria de segurança e funcionamento do serviço de urgência (SU).
10. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação, datada de 3 de julho de 2019, à qual foi atribuída o número REC/27360/2020:

[...]

O meu cunhado [...] deu entrada no serviço de urgência de psiquiatria acompanhado dos bombeiros e PSP do Montijo ontem, pelas 19 horas, após ter tido mais uma crise e a avó sem mobilidade ter telefonado para o 112. O [...] é acompanhado pelo serviço do Barreiro há cerca de 10 anos, foi deixado sozinho na sala de espera após triagem e foi-se embora sem qualquer acompanhamento.

Hoje foi encontrado esvaído em sangue, foi atacado por cães, saltou arame farpado e passou a noite até ser encontrado pelo proprietário.

A avó continua na certeza que o neto está no hospital na ala psiquiatra.

Os ferimentos são bastante graves vai ser transferido para Lisboa para reconstrução do braço e cirurgia.

Não houve por parte do hospital qualquer contacto à avó. [...]

11. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu à reclamante, por ofício datado de 22 de outubro de 2019, os seguintes esclarecimentos:

[...]

Recebemos a exposição endereçada aos Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., na data supracitada, a qual mereceu a nossa melhor atenção, esclarecemos que a análise das reclamações se reveste de especial importância no seio das instituições de saúde, permitindo a deteção de algumas situações e a sua caracterização, levando a instituição e os profissionais a adquirirem competências para investigar e

conduzir os consequentes planos de intervenção, no sentido da melhoria progressiva dos cuidados prestados.

A situação exposta foi analisada internamente junto da responsável do Departamento de Psiquiatria, pelo que relativamente às questões colocadas, foi verificado que o doente foi observado no dia 2 de julho de 2019 pelas 19:41h, após ter sido trazido ao Serviço de urgência pelas autoridades policiais com mandado de condução.

Foi transferido pelas 19:49h para a enfermagem para realizar medicação necessária para a situação clínica em presença e pelas 19:51h foi realizada transferência para a especialidade de medicina. O plano seria ser reobservado pela especialidade de Psiquiatria na manhã seguinte, mas o utente abandonou o Serviço de Urgência. [...]”.

II.2. Dos pedidos de elementos enviados ao CHBM e das respostas por este concedidas

12. Para esclarecimento global dos factos alegados foi remetido ao prestador, em 6 de julho de 2020, o seguinte pedido de elementos:

“[...]”

1. *Se pronunciem detalhadamente sobre as situações descritas nas referidas reclamações e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre as situações dos utentes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
2. *Descrição de todas as etapas percorridas pela utente [...], nos três internamentos no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
3. *Que informem se, na sequência dos factos descritos na reclamação visando a utente [...], foi instaurado algum processo disciplinar ou de inquérito interno e, em caso afirmativo, que remetam cópia integral do referido processo;*
4. *Que descrevam todos os procedimentos seguidos no V. estabelecimento, destinados a assegurar o respeito pela integridade, física e moral, e, bem assim, segurança dos utentes;*

5. *Que descrevam todos os procedimentos seguidos no V. estabelecimento, destinados a regular o regime de visitas aos utentes internados;*
 6. *Que remetam cópia dos procedimentos/protocolos, atualmente em vigor, relativos ao direito de acompanhamento no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.;*
 7. *Que descrevam todos os procedimentos seguidos no V. estabelecimento, destinados a assegurar a comunicação, prestação de informação e obtenção e autorização para prestação de cuidados de saúde a menores e/ou a utentes que não reúnem condições de saúde para poderem receber informação e manifestar o seu consentimento ou recusa para a prestação de cuidados de saúde;*
 8. *Envio de cópia do relatório (Alert) relativo ao episódio de urgência do utente [...];*
 9. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos internos em vigor, no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., para avaliar a segurança e o risco de evasão dos utentes, especialmente dos mais vulneráveis, que possam não estar no pleno gozo das suas faculdades mentais, com envio do respetivo suporte documental;*
 10. *Descrição, apoiada nos suportes documentais respetivos, sobre eventuais medidas corretivas que tenham sido tomadas, na sequência das reclamações em apreço;*
 11. *Informação sobre eventuais medidas/procedimentos internos, aplicáveis nas situações de desaparecimento de utentes, com envio do respetivo suporte documental;*
 12. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., para o registo e comunicação de incidentes e eventos adversos aos serviços com responsabilidades nas áreas de gestão de risco e/ou qualidade e segurança dos utentes, seja a nível interno, seja ao nível de entidades externas às quais devam ser comunicados;*
 13. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
13. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico de 12 de outubro de 2020, veio a entidade prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]

No seguimento da notificação recebida no âmbito do assunto em epígrafe, vem o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, doravante CHBM, dizer o seguinte:

Resulta do texto da notificação que o processo de inquérito abrangerá duas situações diferentes, relativos a dois utentes distintos, embora, aparentemente, versem sobre a mesma matéria.

Nesse sentido, e acompanhando a ordem das questões colocadas, esclarece-se que:

1. Relativamente à situação do utente [J.C.], informa-se que o mesmo foi trazido para o Serviço de Urgência (SU) no dia 02/07/2019, com mandado de condução, pelas 19:31h, tendo sido avaliado pela especialidade de Psiquiatria às 19:41 h. Em consequência, foi medicado em conformidade e transferido de especialidade para a medicina interna. Teve alta por abandono do serviço. Voltou ao Serviço de Urgência no dia seguinte, trazido por agentes policiais; nessa altura foi triado para cirurgia, tendo sido encaminhado para cirurgia plástica noutra unidade hospitalar. Não houve, neste segundo atendimento, qualquer contacto com a psiquiatria.

2. Quanto à utente [N.A.], a mesma deu entrada no SU no dia 17/01/2020, às 10:22h; foi avaliada pela especialidade de medicina interna, tendo ficado aos cuidados desta especialidade; neste mesmo dia, pelas 18:42h, foi avaliada pela psiquiatria, que propôs internamento na especialidade, o que a utente aceitou, tendo sido realizado internamento voluntário. A utente foi, assim, transferida para a psiquiatria no dia 17/01/2020, pelas 19:16h. onde permaneceu por 13 dias, tendo tido alta no dia 30/01/2020. Regressou ao SU no dia 30/01/2020, pelas 20:22h, tendo sido avaliada pela Medicina Interna e transferida da UIPA, após avaliação psiquiátrica, no dia 31/01, para a UICD - Unidade de Cuidados Diferenciados da Psiquiatria, de onde teve alta, contra parecer médico, no dia 01/02/2020. A utente voltou a comparecer no SU no dia 20/02/2020, pelas 15:56h, foi avaliada pela medicina interna, internada na UIPA e transferida para a psiquiatria, de onde teve alta no dia 02/03/2020.

3. Tendo sido apurado os factos relatados, não houve matéria para ser instaurado qualquer processo disciplinar ou de inquérito interno, como aliás, já foi referido a essa Entidade, na resposta à reclamação EXP_16532_2020.

4., 5., 6., 7. Seguem em anexo, os procedimentos destinados a assegurar o respeito pela integridade física e moral dos utentes, procedimentos de visitas aos utentes internados, procedimento quanto ao direito de acompanhamento e procedimentos

destinados a assegurar a comunicação e informação e obtenção de consentimento, todos utilizados no CHBM.

8. Anexa-se cópia das duas fichas de urgência relativas ao utente [J.C.].

9. No CHBM existem protocolos de contenção e internamento compulsivo, que são aplicados pontualmente, e sempre que necessário, e dos quais se junta cópia. Refira-se, no entanto, que nenhum dos utentes em causa, no presente processo de inquérito, se encontrou em situação que justificasse a aplicação destes protocolos.

10. No seguimento das reclamações, foram efetuadas diligências internas a fim de apurar as queixas apresentadas, as quais foram avaliadas pelos elementos da equipa e tendo em conta as questões expostas. Não se verificou qualquer irregularidade nos procedimentos adotados e salienta-se que a utente [N.A.] não corroborou a queixa apresentada pela irmã, redigindo carta/elogio à equipa e à enfermeira posta em causa, solicitando que a mesma fosse considerada na resposta à queixa apresentada pela irmã.

11. No caso de doente evadido, não estando o mesmo internado compulsivamente, é livre para decidir por si próprio acerca dos tratamentos propostos. No caso de estar limitado na sua liberdade, através de internamento compulsivo, informa-se o Tribunal e agentes de autoridade para que o utente possa regressar ao CHBM.

12. Juntamos protocolo de informação de incidentes e eventos adversos.

13. Reforça-se que a utente [N.A.] realizou elogio à enfermeira em causa, restante equipa de Enfermagem e atendimento médico, a qual se junta - documento n.º 7-, desmarcando-se da queixa apresentada pela sua irmã. Acrescenta-se que a utente voltou a ser internada nesta unidade de saúde, onde tem recebido cuidados médicos, voluntariamente e por sua livre escolha.

Estamos ao dispor para qualquer esclarecimento adicional, que considerem necessário. [...]

14. Em anexo, o CHBM juntou cópia dos seguintes documentos:

a) Procedimento geral EDF.101 – Consentimento informado, datado de 11 de março de 2016, com o objetivo de uniformizar o procedimento para realização do consentimento informado, esclarecido e livre e, bem assim, garantir que, para intervenções com critérios de risco associados, tal como preconizado no presente procedimento, é preenchido o documento de consentimento informado

onde o doente ou o seu representante legal é informado, compreende e dá o seu consentimento expresso, por escrito;

- b) Procedimento geral EDF.110 – Direitos e Deveres do Utente, datado de 4 de agosto de 2016, com o objetivo de garantir que os utentes e familiares são informados sobre os seus direitos e deveres;
- c) Procedimento geral EDF.114 – Cuidados de enfermagem: envolvimento da pessoa significativa no processo de cuidados, datado de 30 de dezembro de 2014, com o objetivo de otimizar o envolvimento da pessoa significativa do doente no processo de cuidados de saúde; contribuir para o equilíbrio emocional do doente, promover uma mais rápida autonomia e reinserção sociofamiliar;
- d) Procedimento geral EDF.125 – Substituição na tomada de decisão, datado de 17 de agosto de 2018, com o objetivo de definir o procedimento eficaz para a substituição na tomada de decisão em situações de incapazes adultos ou menores de idade, que não sejam ou não estejam intelectual ou emocionalmente capazes de compreender o sentido e alcance do tratamento ou intervenção;
- e) Procedimento geral EDF.104 – Pessoa significativa/acompanhante e visita social, datado de 28 de abril de 2016, com o objetivo de humanizar a prestação de cuidados, proporcionando um maior equilíbrio emocional ao doente internado, e facilitar o apoio de familiares e amigos com a finalidade de tornar menos penosa a hospitalização do doente e preparar o regresso a casa;
- f) Procedimento geral SDD.101 – Relato de incidentes de risco, datado de 27 de outubro de 2011, com o objetivo de operacionalização no CHBM do relato de incidentes de risco na aplicação informática de gestão de risco;
- g) Política de gestão de risco;
- h) Declaração “Consentimento livre e esclarecido para atos médicos/cirúrgicos”;
- i) Declaração “Consentimento informado para consulta não presencial – departamento de psiquiatria e saúde mental – consulta de psiquiatria da infância e da adolescência”;
- j) Declaração “Consentimento informado para medicação *off-label* – departamento de psiquiatria e saúde mental – consulta de psiquiatria da infância e da adolescência”;

- k) Procedimento sectorial – Contenção física, com o objetivo de definir procedimentos de segurança para o ato terapêutico de contenção física no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria – Serviço de Internamento e Unidade;
- l) Resumo do episódio de urgência, de 2 de julho de 2019, do utente J.C., com o seguinte teor:

“[...] Queixa: trazido pelas autoridades com mandado de condução. // Agitado durante a triagem com discurso desconexo.

Prioridade clínica: Muito urgente [laranja]

Destino: Psiquiatria (PS)

Observações: PSP Montijo

Descritores:

Escala de Coma de Glasgow – 15 pontos

Glicémia – 80 mg/dl

Áreas Clínicas

[...] – 19:41 02-07-2019

Vem com mandado de condução.

Diz que não bebe, só um copo ou dois, só bebe de vez em quando, mas acaba por admitir que bebe quando o confronto com o cheiro a álcool.

Internamentos anteriores em 2009 e 2011 por psicose soe + consumos álcool + anfetaminas.

Ao momento atual sem aparente atividade delirante ou ideação suicida ou outra psicopatologia que se apure. Diz quanto a pergunta se ouve pessoas que não estão presentes ou vozes “ouço como a estou a ouvir a si! Mas hei-de ouvir o quê, dinossauros?” sic.

Fica durante a noite para desintoxicação, concorda. A ser reavaliado por Psiquiatria amanhã para avaliar se há psicopatologia de relevo.

Medico em conformidade e transfiro para Medicina Interna.

[...]

Registos de enfermagem

[...] 03:43 03-07-2019

Doente abandonou o serviço sem informar os profissionais de saúde.

Destino do utente

Alta para: Não respondeu // Abandono

[...] 08:24 03-07-2019

[...].

m) Resumo do episódio de urgência, de 3 de julho de 2019, do utente J.C., com o seguinte teor:

“[...]

Queixa: Encontrado na via pública com múltiplas feridas e escoriações. // Teve ontem neste serviço tendo tido alta por abandono.

Prioridade clínica: Urgente [Amarelo]

Destino: Cirurgia (CI)

[...]

Doente pouco colaborante seguido na C de Psiquiatria por psicose consumo de álcool e anfetaminas.

Múltiplas feridas nos membros superiores e inferiores.

Terá sido mordido por um cão.

Feridas do membro superior direito com envolvimento neuro-tendinoso (não consegue mobilizar a mão direita.

Faz-se L+D+P

Encaminha-se para Cirurgia Plástica

[...]

Registos de Enfermagem

[...] 11:16 03-07-2019

Utente consciente, pouco colaborante, com uma postura desadequada e com linguagem inapropriada. Muitos maus cuidados de higiene.

Foi realizada limpeza das feridas e da superfície corporal circundante, nomeadamente MS's e MI's, com SF e Água Oxigenada. Fica com compressas embebidas em SF a cobrir as feridas de maior dimensão, restantes zonas protegidas com resguardo.

Aguarda transporte para o HSJ.

[...]”.

- n) Exposição de N.A., datada de 4 de março de 2020, com o seguinte teor:

“[...]

Soube hoje dia 4 de março de 2020 que a minha irmã enfermeira [N.G.] apresentou queixa sobre o internamento e sobre a enfermeira [...] ter-me posto fralda no 1.º internamento e divulgar informação minha para o local onde trabalhamos que é a Santa Casa Misericórdia do Barreiro.

Quero esclarecer que acho que a enfermeira [...] é muito boa enfermeira, ela pôs-me fralda, pois tiveram de me amarrar à cama por eu arrancar o soro e magoar-me a mim própria, e, por segurança, prenderam-me na cama e puseram a fralda.

Quero também esclarecer que a questão de divulgar informações minhas para o meu local de trabalho penso que seja mentira ou seja um mal-entendido porque isto começou com uma colega e amiga que dizia à minha mãe algumas coisas que eram ditas mas nada de importante.

A enfermeira [...] desempenha um excelente trabalho para com os utentes.

Quanto a outras queixas que a minha irmã apresentou não tenho conhecimento do que seja.

Eu sei que fui uma doente muito complicada mas sempre me trataram muito bem, inclusive a enfermeira [...].

Peço que esta carta tenha peso na queixa que a minha irmã apresentou.

Gosto muito do trabalho da enfermeira [...] e não quero que ela tenha problemas na sua vida profissional por causa de uma queixa da minha irmã. [...]”.

15. Para esclarecimento adicional dos factos foi remetido ao prestador, em 19 de abril de 2021, o seguinte pedido de elementos:

“[...] considerando o teor do V/ ofício, que menciona que “[r]elativamente à situação do utente [J.C.], informa-se que o mesmo foi trazido para o Serviço de Urgência (SU) no dia 02/07/2019, com mandado de condução, pelas 19:31h, tendo sido avaliado pela especialidade de Psiquiatria às 19:41h”, cumprе solicitar a V. Exas., ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS, o envio de cópia do referido mandado de condução e esclarecimentos adicionais sobre os trâmites processuais seguidos, nomeadamente a sua origem/propósito, a sua natureza, a confirmação ou não da realização de análise clínico-psiquiátrica e a decisão (ou não) pelo internamento compulsivo do utente, ao abrigo da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua redação atualizada. [...]”.

16. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico de 29 abril de 2021, veio a entidade informar de que “[n]ão se encontra arquivado no processo clínico do doente cópia do mandado de condução. [...]”.
17. Ora, analisada a informação remetida, verificou-se que a mesma não era adequada às questões colocadas no pedido de elementos da ERS e, deste modo, era insuficiente para a análise diligente e cuidada do presente processo;
18. Deste modo, para esclarecimento cabal dos factos em análise, foi remetido ao prestador, em 18 de maio de 2021, um pedido de informação e advertência, nos termos do n.º 1 do artigo 31.º e da alínea c) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, nos termos do qual se solicitava “esclarecimentos adicionais sobre os trâmites processuais seguidos, nomeadamente a sua origem/propósito; a sua natureza; a confirmação ou não da realização de análise clínico-psiquiátrica; a decisão (ou não) pelo internamento compulsivo do utente, ao abrigo da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua redação atualizada” .
19. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico de 18 maio de 2021, veio a entidade prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] No âmbito do assunto em epígrafe e na sequência do pedido de esclarecimentos adicionais sobre os trâmites processuais seguidos, nomeadamente a sua origem/propósito; a sua natureza; a confirmação (ou não) da realização de análise clínico-psiquiátrica; a decisão (ou não) pelo internamento compulsivo do utente (...) vem o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, doravante CHBM esclarecer que:

Quanto à origem/propósito, o utente foi trazido pela PSP e pelos bombeiros, com mandado de condução, mas na ficha de urgência não está discriminado a origem (se

PSP, se Autoridade de Saúde) e no processo clínico do utente não se encontra arquivada cópia do referido mandado de condução;

Quanto à sua natureza, trata-se de uma avaliação extraordinária – urgente (triada como muito urgente);

Quanto a confirmação (ou não) da realização de análise clínico-psiquiátrica, esta foi realizada, a referir “sem aparente atividade delirante ou ideação suicida ou outra psicopatologia que se apure”;

Quanto à decisão (ou não) pelo internamento compulsivo, não apresentava critérios para internamento compulsivo e aceitou ficar ao cuidado da Medicina Interna durante a noite para desintoxicação (havia consumo de álcool), com indicação para reavaliação pela Psiquiatria na manhã seguinte.

Estamos ao dispo para qualquer esclarecimento adicional que considerem necessário. [...]”.

II.3. Do pedido de elementos enviado à Ordem dos Enfermeiros (OE) e da resposta concedida

20. Por mensagem de correio eletrónico de 18 de junho de 2020, a OE comunicou à ERS a deliberação de abertura de processo disciplinar contra membro, após conhecimento da reclamação apresentada por N.C..
21. Nessa sequência, por ofício datado de 14 de julho de 2020, a ERS solicitou que fosse dado conhecimento do tratamento que viesse a ser dispensado, bem como das conclusões apuradas no âmbito do processo disciplinar.
22. Nessa senda, por mensagem de correio eletrónico de 12 de novembro de 2020, veio a OE informar da deliberação de arquivamento do processo disciplinar, aprovada em reunião extraordinária de 6 de novembro de 2020.
23. Em anexo, a OE junta o relatório, com as seguintes conclusões:

[...]

No presente caso, tendo a participação sido efetuada por sujeito devidamente identificado, e conter factos suscetíveis de integrarem infração disciplinar, contra membro, também, devidamente identificado, foi instaurado um procedimento disciplinar, de forma a que através das diligências probatórias a realizar se verificasse

a existência ou não de indícios suficientes que pudessem consubstanciar uma conduta violadora de normas deontológicas por parte da Arguida.

Tendo a Participante indicado como prova testemunhal a sua irmã – doente que terá vivenciado os factos relatados pela Participante na exposição apresentada – e tendo-se procedido à notificação de [...] para efeitos de prestação das declarações que tivesse por convenientes e que permitissem a descoberta da verdade material necessária à boa decisão da causa, a mesma não compareceu no dia, hora e local comunicados.

Ao referido deve ainda acrescentar-se o facto de, posteriormente, a Participante ter manifestado através de envio de mensagem de correio eletrónico, a sua intenção de desistir da participação apresentada, com o conseqüente arquivamento dos presentes autos.

Ora, verificando-se faltar o devido impulso processual para dar continuidade ao presente processo disciplinar, somos compelidos a propor o arquivamento dos presentes autos.

É verdade que o Conselho Jurisdicional poderia atuar oficiosamente, ao abrigo do artigo 8.º, do Regulamento Disciplinar, ou nos termos do artigo 37.º do mesmo Regulamento. Contudo, os factos apresentados não são suficientes, nem justificam, essa intervenção. [...].”

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

24. De acordo com o n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta tem por missão “[...] a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.”
25. Ainda, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem “[...] a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:

[...]

b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;

- c) *À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.*”.
26. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus Estatutos “[...] *todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas.*”;
27. Consequentemente, o CHBM é uma entidade pública empresarial, responsável por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, pelo que está legalmente submetido aos poderes de regulação e supervisão da ERS, onde, aliás, está inscrito, sob o n.º 19596.
28. Acresce que, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, 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.
29. Pelo que, no que concerne à garantia 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”;*
30. Por outro lado, no domínio da garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.

31. Podendo a ERS assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, no caso mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – *cf.* alínea a e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

III.2. Do enquadramento legal da prestação de cuidados de saúde – Do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde adequados, de qualidade e com segurança

32. Atendendo às especificidades do setor da saúde, revela-se primordial garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação de cuidados de saúde, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, para que os serviços sejam prestados em condições que não lesem os direitos, nem os interesses dos utentes.
33. Com efeito, a importância do bem jurídico tutelado imprime uma gravidade excepcional à prestação de cuidados de saúde em condições inadequadas.
34. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde devem ser também considerados do ponto de vista do risco não clínico.
35. Assim, os utentes têm direito a que os cuidados de saúde lhes sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos humanos e técnicos utilizados.
36. 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.
37. Os utentes que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de especial vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito.

38. Necessidade essa que corresponde a um específico direito dos utentes, que está, desde logo, previsto na alínea b) do n.º 1 da Base 2 da nova Lei de Bases da Saúde (doravante LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e que foi densificado no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
39. Concretamente, prevê a *supra* referida alínea b) que as pessoas têm o direito de *“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”*
40. Esta norma é melhor desenvolvida e concretizada no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março (sob a epígrafe *“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*), segundo o qual *“O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita”* (n.º 1).
41. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
42. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
43. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre *“Os direitos do paciente”*, refere que o *“reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo”*.
44. Por outro lado, quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias mais corretas e que melhor se adequem à(s) necessidade(s) concreta(s) de cada utente.
45. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se

- encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, óbvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre que ser adaptado ao progresso do conhecimento científico, bem como, às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional e local – *cf.* n.º 1 da Base 4 da LBS.
46. A afirmação de que os utentes têm o direito de ser tratados humanamente, com privacidade e respeito decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde observarem o princípio da dignidade da pessoa humana, como princípio estruturante da República Portuguesa (*cf.* artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa).
 47. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito insito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.
 48. De facto, os profissionais de saúde que colaboram com os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter “*redobrado cuidado de respeitar as pessoas particularmente frágeis pela doença ou pela deficiência*”.
 49. No caso do utente dos serviços de saúde mental, a lei prevê, especificamente, que este tem o direito de “*receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade*”, nos termos da alínea b), do art.º 5.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho (doravante, Lei de Saúde Mental).
 50. O legislador consagra, assim, uma particular atenção à prestação de cuidados de saúde mental, acautelando as especiais fragilidades inerentes à necessidade de assegurar e restabelecer o equilíbrio psíquico dos utentes, para o desenvolvimento das suas capacidades na construção da personalidade e promoção da sua integração no meio social em que vive.
 51. Princípios, igualmente, consagrados na Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de dezembro de 1991, sobre princípios para a proteção de pessoas com doença mental e para melhoramento dos cuidados de saúde mental, que determina, no n.º 2 do Princípio 1, que “*todas as pessoas com doença mental,*

ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana”.

52. Existe, assim, uma especial preocupação, tanto a nível nacional como internacional¹, de promover, proteger e assegurar o usufruto, total e igual, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por pessoas com doenças mentais, assim como, de promover o respeito pela sua inerente dignidade.
53. No que respeita à prestação de cuidados de saúde, o Princípio 8 da Resolução *supra* mencionada, com a epígrafe “Padrões de Tratamento”, estatui que:
- “1. Cada paciente terá direito a receber os cuidados de saúde e a proteção social adequada às suas necessidades de saúde, e tem direito a cuidados e tratamentos que obedeçam às mesmas normas que as aplicáveis a outras pessoas doentes.*
- 2. Cada paciente será protegido contra quaisquer malefícios, incluindo medicação injustificada, maus tratos cometidos por outros pacientes, pelo pessoal ou por terceiros, ou outros atos causadores de sofrimento mental ou desconforto físico”.*
54. Ademais, “*Cada paciente terá o direito de ser tratado no ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou intrusivo adequado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de terceiros*”, nos termos do Princípio 9 da Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de dezembro de 1991.
55. A prestação de cuidados de saúde mental é, assim, pautada pela existência de uma dicotomia entre a necessidade de respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos utentes com doenças mentais, com especial enfoque na liberdade e segurança da pessoa, e a indispensabilidade de proteção de bens jurídicos fundamentais, como o direito à vida e à integridade física, do utente e de terceiros.
56. Assim, e na prossecução daquele primeiro sentido, a prestação de cuidados de saúde é regido pelo princípio geral de promoção prioritária, dos cuidados de saúde, a nível comunitário, “*por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social*”, estatuiendo-se que os cuidados de saúde em causa são prestados no meio menos restritivo possível².

¹ Ver a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na Resolução 61/106, de 13 de dezembro de 2006.

² Ver alínea a) e b), do n.º 3 da Lei de Saúde Mental.

57. Sendo certo que, é imprescindível adotar as medidas e os mecanismos necessários, por um lado, à proteção da pessoa especialmente vulnerável, como, igualmente, à proteção da segurança física de terceiros.
58. Pressuposto que resulta claro no Processo F.O. v. Portugal, do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos³, de acordo com o qual, os Estados estão obrigados a promulgar regulamentos a compelir as entidades prestadoras de cuidados de saúde a adotar as medidas apropriadas para proteção da vida dos seus utentes, o que inclui a obrigação positiva das autoridades de tomarem as medidas preventivas necessárias à proteção do indivíduo relativamente a outras pessoas e, em casos particulares, proteção de si próprio, especialmente quando existe conhecimento, ou este devia existir, que a pessoa corre riscos imediatos e reais;
59. Adoção de medidas preventivas que sempre deverão ser norteadas pelo princípio geral de menor restrição possível.
60. Nestes termos, os prestadores de cuidados de saúde devem assegurar e fazer cumprir um conjunto de procedimentos que tenham por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de quaisquer incidentes e eventos adversos, que possam afetar os direitos e interesses legítimos dos utentes.
61. 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 Adversos⁴, 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 - NOTIFICA⁵.
62. Os sobreditos documentos da DGS, 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, bem como a correção e retificação de erros, em prol da

³ Pode ser consultada em:

[https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22fulltext%22:\[%22fernandes%20oliveira%22\],%22itemid%22:\[%22001-189426%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22fulltext%22:[%22fernandes%20oliveira%22],%22itemid%22:[%22001-189426%22]}).

⁴ 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>.

⁵ 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>.

qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados de saúde a prestar aos utentes.

63. 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. [...].”*

64. 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:*
 - 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.*

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. [...]”.

III.3 Do direito ao acompanhamento e respetivos direitos e deveres dos acompanhantes

65. Em 21 de março de 2014, foi aprovada a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que revogou a Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e a Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, que até então regulava a matéria do direito ao acompanhamento.

66. Conforme resulta do seu preâmbulo e do disposto no seu artigo 1.º, o diploma visa a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, não alterando significativamente o regime anterior, mas antes aportando uma melhor clarificação para a ordem jurídica vigente.
67. Assim, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, passou a apresentar, de forma clara e integrada, as regras gerais de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, bem como as regras específicas de acompanhamento da mulher grávida durante o parto e do acompanhamento em internamento hospitalar, tudo aspetos que se encontravam antes dispersos nas Leis n.º 14/85, de 6 de julho, Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro.
68. Recentemente a Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro procedeu à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, estabelecendo os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério.
69. Ora, de acordo com o n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, “Nos serviços de urgência do SNS: “[...] *É reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço*”.
70. Continua o n.º 1 do artigo 13.º da mesma Lei que “*Nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito de acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente, invocados pelo acompanhante*”.
71. Todavia, a Lei também refere que a natureza do parentesco ou da relação com o utente não pode ser invocada para impedir o acompanhamento.
72. Por outro lado, os limites ao direito de acompanhamento estão expressamente consagrados, no artigo 14.º da Lei, existindo um elenco restrito de limites:
- “[...]
- 1 - Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável [...]*”;

- 2 - *O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos”.*
73. Sendo certo que, nestes casos, “[...] *compete ao profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.*”.
74. O artigo 15.º, por sua vez, faz referência aos direitos e deveres dos acompanhantes, e salienta-se aqui não só o dever de urbanidade, como o respeito pelas indicações dadas pelo profissional de saúde, quando devidamente fundamentadas.
75. Mas, em especial, o direito do acompanhante a ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento.
76. Sendo certo que, nos termos do artigo 22.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, encontra-se ainda estabelecido o princípio da cooperação entre o acompanhante e os serviços, nos termos do qual *“Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.”.*
77. Ainda, e tal como já referido, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, vem também estabelecer o regime para acompanhamento em internamento hospitalar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde – *cfr.* artigos 19.º a 23.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
78. Atente-se no artigo 20.º, que estatui que *“pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na sua ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada.”*⁶.

⁶ Note-se que, nestes casos, não existe qualquer tipo de limitação ao acompanhamento, referindo-se a lei às condições em que esse acompanhamento deve ser exercido, isto é, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde. Encontra-se também vedado o acompanhamento nas intervenções cirúrgicas, bem como a tratamentos em que a presença do acompanhante seja prejudicial para a correção e eficácia dos mesmos, com exceção para aqueles atos para a qual foi dada a autorização do clínico responsável. – *cfr.* artigos 21.º e 22.º da Lei n.º15/2014, de 21 de março.

79. Refira-se, igualmente, e à semelhança do já previsto nos diplomas entretanto revogados acima citados, que a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, consagra, no n.º 1 do seu artigo 31.º, não só a obrigação de adaptação dos serviços de urgência do SNS ao direito de acompanhamento, *“de forma a permitir que o utente possa usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços”*.
80. Mas, outrossim, que *“o direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respetivas normas e condições de aplicação”*.

III.4. Da Orientação n.º 038/2020 da Direção-Geral de Saúde (DGS)

81. No dia 17 de dezembro de 2020, a DGS emitiu e publicou a Orientação n.º 038/2020 relativa a *“Acompanhantes e visitas nas Unidades Hospitalares”*.
82. Conforme se pode ler no introito da mencionada Orientação, *“[a] Pandemia COVID-19 impôs um conjunto de medidas de caráter extraordinário nas unidades hospitalares (...), num esforço concertado para a redução das cadeias de transmissão nosocomiais”*, sendo que *“[e]ntre as medidas adotadas, incluíram-se restrições a acompanhantes e visitas a utentes internados”*.
83. Ora, *“[a] adequada reorganização dos circuitos de utentes nas unidades hospitalares e a implementação efetiva das medidas de prevenção e controlo de infeção, permitem respeitar o direito ao acompanhamento dos utentes nos serviços (...), em contexto de internamento, de ambulatório e de urgência, especialmente, grávidas, crianças, pessoas com deficiência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em processo de fim de vida, nos termos legais e de acordo com as regras definidas pela DGS”*.
84. Assim, nos termos do disposto no n.º 1 da mencionada Orientação, compete aos Conselhos de Administração dos Hospitais (CA), Centros Hospitalares (CH) e Unidades Locais de Saúde (ULS), em articulação com o Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (GCL-PPCIRA), garantir *“o direito ao acompanhamento do utente nos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos termos da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, sem prejuízo da necessidade de reorganização dos circuitos, da implementação efetiva das medidas de prevenção e controlo de infeção, e do cumprimento das Orientações da Direção-Geral da Saúde”*.

85. No mesmo sentido, o n.º 2 daquela Orientação, sinaliza que os CA, os CH e as ULS, em articulação com o CGL-PPCIRA, “*avaliam a possibilidade de realização de visitas aos utentes internados por outra causa que não COVID-19 e adaptam o Regulamento de Visitas em conformidade, sem prejuízo do respeito pelo disposto no ponto 7 da presente Orientação [que permite, em determinadas circunstâncias, visitas a doentes internados com COVID-19]*”.
86. Por ser assim, o Regulamento de visitas à Pandemia COVID-19 deverá ser publicado, divulgado e atualizado sempre que a situação o justificar – *Cfr. n.º 3 da Orientação ora em análise.*
87. Ora, para efeitos de concretização e garantia do disposto nos números anteriores, o n.º 4 da Orientação n.º 038/2020 faz impender sobre os CA, os CH e as ULS o cumprimento de um vasto leque de procedimentos, incumbindo-lhes nomeadamente o seguinte:
- i. Disponibilizam informação necessária aos visitantes, no momento da primeira visita, de forma a serem cumpridas as regras do Regulamento de Visitas;*
 - ii. Divulgam materiais informativos sobre a correta utilização das máscaras, higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social e conduta adequada durante o período de visitas (...);*
 - iii. Oferecem solução antisséptica de base alcoólica para a higienização das mãos em locais estratégicos do hospital e dos serviços clínicos (por exemplo, à entrada e saída do hospital e à entrada e saída da unidade/serviço);*
 - iv. Proporcionam máscara cirúrgica para todos os visitantes, nos termos da Orientação 019/20206 da DGS e contentor de resíduos, adequado para a recolha específica das máscaras cirúrgicas no momento da saída, nos termos da Orientação 012/20207 da DGS;*
 - v. Definem circuitos devidamente sinalizados, para os visitantes e acompanhantes, incluindo as respetivas instalações sanitárias, de forma a reduzir a sua circulação desnecessária;*
 - vi. Organizam as visitas e o respetivo desfasamento de horários (v.g., por marcação), nomeadamente nas visitas a doentes internados em quartos comuns, de forma a garantir a higienização adequada dos espaços onde decorrem as visitas, de acordo com a Orientação 014/20208 da DGS, bem como o distanciamento adequado entre doentes e visitantes, recorrendo, preferencialmente, ao agendamento das visitas.*

- vii. Criam condições, adequadas a cada serviço, para que as visitas decorram em espaço amplo e devidamente arejado, sendo que, nas situações em que o doente se encontra acamado e no caso de quartos partilhados, só é permitida a presença de um visitante de cada vez.*
- viii. Mantêm um registo de visitantes, com identificação da data, hora, e nome do doente visitado, bem como nome e contacto telefónico do visitante;” – Cfr. Alínea d) do n.º 4 da Orientação em apreço.*
88. Todavia, a Orientação da DGS ora em análise não deixa, igualmente, de esclarecer que o número de visitantes por utente internado deverá ser, “*salvo em situações excepcionais, de uma (1) pessoa por dia, por um período de 30 minutos, sendo, preferencialmente, sempre o mesmo visitante*”, elencando, ademais, um vasto leque de obrigações que impendem sobre os visitantes, a saber:
- i. Não permanecem no quarto ou enfermaria durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis ou durante a colheita de amostras respiratórias;*
 - ii. Não devem utilizar as instalações sanitárias dos utentes internados;*
 - iii. Não interagem com outros doentes ou visitantes;*
 - iv. Não levam e/ou entregam quaisquer objetos pessoais, géneros alimentares ou outros produtos ao utente internado sem prévia autorização;*
 - v. Abstêm-se de se deslocar aos serviços nos casos em que percecionem sintomas sugestivos de COVID-19, nos termos da Norma 004/20204 da DGS, ou nas situações em que tenham sido contacto com exposição de alto risco, nos termos da Norma 015/20205 da DGS;*
 - vi. Informam o serviço ou unidade de saúde onde realizaram a visita sempre que, nas 48 horas seguintes à mesma, desenvolvam sintomas sugestivos de COVID-19 ou apresentem um resultado positivo para SARS-CoV-2 num teste laboratorial.” – Cfr. Alíneas b) e c) do n.º 4 da Orientação n.º 038/2020 da DGS.*
89. Conforme resulta do supra exposto, a Orientação n.º 038/2020 da DGS tem um propósito muito claro: sinalizar que, mesmo no atual contexto pandémico, o direito ao acompanhamento, nas suas múltiplas dimensões, não só deverá ser respeitado, como garantido e efetivado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, fazendo impender sobre estes, mas também sobre os visitantes, a obrigação de adotar um vasto leque de diligências e procedimentos para o efeito.

90. Esta é, pois, a regra geral ali definida e que visa dar resposta às “*restrições a acompanhantes e visitas a utentes internados*” implementadas até então durante a pandemia Covid-19.
91. No entanto, a título excecional, nomeadamente “[m]ediante a avaliação da situação epidemiológica local ou regional, pode ser determinado, em articulação com a autoridade de saúde local, a aplicação de medidas restritivas de visitas ou a sua suspensão temporária, nomeadamente nos concelhos de risco epidemiológico extremo e muito elevado”.
92. Note-se que mesmo estas soluções excecionais – a imposição de restrições ao regime de visitas ou mesmo a sua suspensão temporária – não poderão ser implementadas sem mais, encontrando-se dependentes da avaliação da situação epidemiológica local ou regional, nomeadamente do risco extremo ou muito elevado eventualmente existente nos respetivos concelhos.
93. De qualquer forma, aos CA, aos CH e às ULS, em articulação com o CGL-PPCIRA, competirá promover “o recurso a meios de comunicação à distância/meios telefónicos que garantam a comunicação entre doentes internados e familiares, de forma a respeitar os valores da humanização da prestação de cuidados de saúde”.

III.5. Da prestação de cuidados de saúde a utentes de serviços de saúde mental - da Lei de Saúde Mental

94. No ordenamento jurídico português, os princípios gerais de saúde mental e o internamento compulsivo estão regulamentados pela Lei de Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho, com a redação que lhe foi conferida pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto.
95. Consagra a referida Lei, no n.º 1 do artigo 3.º, que, além do disposto na LBS, a política de saúde mental deve observar os seguintes princípios gerais:
 - “a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;
 - b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;
 - c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;

d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes”.

96. Acresce ainda o n.º 3 do mesmo artigo que a prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

97. Nos termos do artigo 5.º da Lei de Saúde Mental, o utente dos serviços de saúde mental tem, sem prejuízo do previsto na LBS, o direito de:

“a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;

b) Receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;

c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;

d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;

e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação;

f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;

g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;

h) Receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços por ele prestados;

i) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.

2 - A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental”.

98. Ora, no respeitante à regulamentação do internamento compulsivo, é de salientar que, embora vise fins exclusivamente terapêuticos de assegurar e restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, consiste numa restrição da liberdade, e, como tal, necessita de respeitar o direito fundamental da liberdade individual, consagrado no artigo 27.º da CRP.
99. Prevê o referido artigo 27.º, no seu n.º 2, que *“ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de ato punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança”*;
100. Assim, vigora o princípio da liberdade individual, que só deverá ser coartado em situações excecionais;
101. Designadamente, pode existir privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determina, no internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.
102. Nestes termos, a lei coloca a garantia do direito fundamental do indivíduo em primeiro plano e faz sempre depender o internamento compulsivo da formalização por um tribunal, sem descurar que a sua fundamentação consiste numa decisão clínica.
103. Sendo certo que, o internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa (n.º 1 do artigo 8.º da Lei de Saúde Mental), devendo ser substituível por regime ambulatorio sempre que possível.
104. Dispõe o artigo 12.º do referido diploma legal que os pressupostos do internamento são os seguintes:
- “1 - O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.*
- 2 - Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”.*

105. Ora, além do processo de internamento compulsivo comum, a Lei de Saúde Mental consagra, no seu artigo 22.º, um procedimento para situações de urgência.
106. Nos termos do mesmo, *“o portador de anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência, [...], sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente aos bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado”*.
107. Quando as condições do artigo 22.º estão preenchidos, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde.
108. Nessa sequência, o internando é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e é-lhe prestada a assistência médica necessária.
109. Nos termos do n.º 1 do artigo 23.º, sob a epígrafe *“Condução do internando”*, verificados os pressupostos do artigo 22º, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução.
110. O mandado é cumprido pelas forças policiais, com o acompanhamento, sempre que possível, dos serviços do estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução; o mandado contém a assinatura da autoridade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam.
111. Nos termos do n.º 3 do artigo 23.º, quando, pela situação de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.
112. Atento o disposto no artigo 24.º, o internando é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária.
113. Segundo o n.º 1 do artigo 25º, quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação.

114. Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução (cfr. n.º 2 do artigo 25º).
115. Por fim, nos termos do n.º 3 do artigo 25º, *“O disposto no n.º 1 do é aplicável quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência da situação descrita no artigo 22.º”*.
116. Após apresentação de requerimento a Tribunal, este, no prazo máximo de quarenta e oito horas, tem de imitar uma decisão de manutenção ou não do internamento compulsivo, após a realização das diligências que considerar necessárias e o processo seguirá a tramitação legalmente prevista.

III.6. Análise das situações concretas

III.6.1. Da utente N.A.

117. A reclamação que está na génese do presente processo foi apresentada por N.G., na qualidade de irmã de N.A. contra o CHBM, contendo factos suscetíveis de consubstanciar falhas nos procedimentos adotados por este prestador;
118. Porém, relato distinto é apresentado pela utente N.A. que vivenciou os factos alegados, não corroborando ou manifestando o seu desconhecimento face aos mesmos.
119. Acresce que, indica o prestador que o plano terapêutico da doente era definido por equipa multidisciplinar do internamento, reavaliado todas as segundas-feiras e reajustado diariamente e pontualmente sempre que a situação o justifique;
120. Mais, no respeitante, à garantia do direito de acompanhamento da utente, refere que a família foi informada relativamente às medidas terapêuticas aplicadas, à luz da segurança, bem-estar e tratamento da utente.
121. E, na situação específica da transferência da utente N.A. do serviço de internamento para o serviço de urgência (SU), o CHBM informa que, visto que a doente se encontrava bem, optaram por aguardar pela chegada das visitas de modo a personalizar a informação.
122. Assim, considerando os elementos controvertidos de análise carreados para os autos, não existem indícios suficientes para concluir que os procedimentos

assistenciais empregues não tenham sido garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos da utente N.A.;

123. Tal qual decorre também do processo de disciplinar instaurado pela Ordem dos Enfermeiros.

III.6.2. Do utente J.C.

124. Da ponderação global dos elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, foi possível apurar que o utente J.C. deu entrada no SU, no dia 2 de julho de 2019, às 19h36, conduzido pelas autoridades policiais com mandado de condução.

125. O utente é observado às 19h41, sendo que do registo clínico resulta o seguinte:

“[...] diz que não bebe, só um copo ou dois, só bebe de vez em quando, mas acaba por admitir que bebe quando o confronto com o cheiro a álcool.

Internamentos anteriores em 2009 e 2011 por psicose soe + consumo de álcool + anfetaminas.

Ao momento atual sem aparente atividade delirante ou ideação suicida ou outra psicopatologia que se apure. Diz quanto a pergunta se ouve pessoas que não estão presentes ou vozes “ouço como a estou a ouvir a si! Mas hei-de ouvir o quê, dinossauros?” sic.

Fica durante a noite para desintoxicação, concorda. A ser reavaliado por Psiquiatria amanhã para avaliar se há psicopatologia de relevo.

Medico em conformidade e transfiro para Medicina Interna. [...]”.

126. Ora, do resumo do episódio de urgência, resulta que o utente se encontrava “[...] sem aparente atividade delirante ou ideação suicida ou outra psicopatologia”, e que num primeiro momento, concordou com a terapêutica proposta.

127. Porém, após transferência para a medicina interna, o utente J.C. abandonou o SU sem informar os profissionais de saúde.

128. Ora, é direito do utente decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas e, nessa sequência, sair das instalações do estabelecimento prestador de cuidados de saúde por livre vontade;

129. Porém, no caso de utente dos serviços de saúde mental, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 5.º da Lei de Saúde Mental, tal direito pode ser restringido *“quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros”*.
130. No caso *sub judice*, o utente deu entrada no serviço de urgência com mandado de condução, pelo que, atento o disposto no artigo 24.º da Lei de Saúde Mental, foi submetido a avaliação clínico-psiquiátrica.
131. Sendo que, de acordo com os esclarecimentos prestados pelo CHBM, a avaliação clínico-psiquiátrica foi realizada, referindo *“sem aparente atividade delirante ou ideação suicida ou outra psicopatologia que se apure”*, pelo que concluiu que o utente não apresentava critérios para determinar o internamento compulsivo.
132. Ora, tendo a avaliação clínico-psiquiátrica sido realizada no serviço de urgência e ao não confirmar a necessidade de internamento, estatui o n.º 2 do artigo 25.º da Lei de Saúde Mental que *“a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução”*.
133. Nesta sequência, conclui-se que o utente J.C. foi restituído à liberdade e, no quadro do seu livre-arbítrio e liberdade individual, decidiu recusar a terapêutica sugerida e abandonar o SU.
134. Daqui decorrendo que o utente saiu das instalações do estabelecimento prestador de cuidados de saúde por livre vontade, em pleno uso da sua capacidade de autodeterminação, embora sem comunicar a ninguém.
135. Porém, é de salientar que os registos clínicos dos cuidados de saúde devem ser fiáveis e reproduzir a real situação do utente, bem como os cuidados efetivamente prestados;
136. E que os mesmos são uma ferramenta importante, na medida em que são uma garantia de qualidade da prestação de cuidados de saúde, prevenindo a ocorrência de erros por parte dos diversos profissionais envolvidos, promovendo uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautelando qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
137. Ora, quando os utentes dão entrada no serviço de urgência com mandado de condução, é necessário garantir que do processo clínico do utente consta uma cópia desse mandado;

138. Acresce que, do registo clínico deve resultar, de forma clara e perceptível, os dados resultantes do mandado de condução, nomeadamente a sua origem, o seu propósito, a submissão à realização da análise clínico-psiquiátrica e a decisão (ou não) pelo internamento compulsivo do utente, ao abrigo da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua redação atualizada.
139. Sendo que, a informação constante dos registos clínicos do utente J.C. se mostra não conforme, uma vez que neles não consta cópia do mandado de condução, e incompleta.
140. Por todo o vindo de expor, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, de modo a evitar que situações como a dos presentes autos voltem a ocorrer.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

141. 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 CHBM e as exponentes N.G. e S.C., todos por ofícios datados de 28 de maio de 2021.
142. Em 17 de junho de 2021, a ERS tomou conhecimento da pronúncia do CHBM, nos termos seguintes:
- “[...]”
- No âmbito do assunto em epígrafe, e notificado do projeto de deliberação dessa Entidade, vem o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, doravante CHBM, dizer o seguinte:*
- 1. O CHBM já cumpre, em boa medida, as recomendações feitas pela ERS no seu projeto de deliberação;*
 - 2. Com efeito, o processo clínico dos utentes conta já com um registo obrigatório, fidedigno, completo, atempado e atualizado da informação clínica;*
 - 3. Acresce que os procedimentos que garantem a existência de tais registos, com essas características já existem, estão divulgados e são do conhecimento dos profissionais de saúde, obrigados ao seu cumprimento;*

4. *A situação específica, e pontual, dos mandados de condução, que no caso em apreço se colocou e consta como recomendação, sucedeu por dois motivos: pelo facto do utente em causa vir, por um lado, acompanhado de autoridade (que apresentou cópia do mandado, a qual foi assinada por parte do CHBM) e, por outro, pelo facto do utente não ter ficado internado;*
5. *Ou seja, reunidas estas duas condições, era entendimento de que não seria necessário solicitar uma cópia do mandado para arquivar no processo do utente;*
6. *Diferentemente, tal não sucede com todos os mandados que chegam ao CHBM por e-mail e/ou em que o utente, que dá entrada com mandado, fique internado;*
7. *Não obstante, e no seguimento do projeto de deliberação dessa Entidade, o CHBM passará a ficar com uma cópia do mandado de condução, também nos casos em que os utentes não fiquem internados e os mandados de condução sejam trazidos pessoalmente pela autoridade que acompanha o utente. [...]*”.
143. Analisados os elementos invocados na pronúncia do CHBM, cumpre ponderar a suscetibilidade de os mesmos infirmarem a deliberação delineada e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia de forma permanente e em qualquer situação, o registo obrigatório, fidedigno, completo, atempado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica;
144. Assim, verifica-se, desde logo, que o prestador não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;
145. Antes pelo contrário, demonstrou a intenção de adequação do seu comportamento, indicando que possui procedimentos que visam garantir a existência de registo obrigatório, fidedigno, completo, atempado e atualizado da informação clínica, que os mesmos estão divulgados e são do conhecimento dos profissionais de saúde, porém, sem juntar aos autos prova dos mesmos.
146. No que ao caso concreto diz respeito, o CHBM expressou a intenção de ficar “*com uma cópia do mandado de condução, [...] nos casos em que os utentes não fiquem internados e os mandados de condução sejam trazidos pessoalmente pela autoridade que acompanha o utente*”.
147. Medida que importa concretizar, pelo que da pronúncia não resultaram quaisquer factos novos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, mantendo-se a necessidade de adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS.

V. DECISÃO

148. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., no sentido de:
- (i) Garantir, de forma permanente e em qualquer situação, o registo obrigatório, fidedigno, completo, atempado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica;
 - (ii) Assegurar a existência de procedimentos que garantam que os registos clínicos dos utentes sejam fiáveis e reproduzam a sua real situação clínica, bem como os cuidados efetivamente prestados, nomeadamente garantindo que, quando os utentes dão entrada no serviço de urgência com mandado de condução, uma cópia do mesmo consta no processo clínico do utente, bem como, que resulte claro do registo a submissão à avaliação clínico-psiquiátrica e a decisão (ou não) pelo internamento compulsivo do utente, ao abrigo da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua redação atualizada;
 - (iii) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os seus profissionais de saúde;
 - (iv) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.
149. 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”.

150. A versão não confidencial da presente decisão será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 23 de junho 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).