

**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/082/2020;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento em 20 de abril de 2020, de uma reclamação subscrita por I.C., visando a atuação do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO), entidade registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 10931.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/30609/2020, a exponente alega, em suma, que o utente A.C., durante o internamento, *“apresentava um quadro de desorientação”* e abandonou o estabelecimento de saúde *“sem ser intercetado por qualquer funcionário do hospital”*. Foi encontrado *“com a roupa hospitalar toda*

ensanguentada, descalço, encharcado e com vários dentes partidos, e com uma hemorragia difícil de estancar”.

3. Subsequentemente, a ERS tomou conhecimento, em 15 de maio de 2020, de uma segunda reclamação subscrita por R.S., à qual foi atribuída o número REC/36545/2020, alegando que a utente V.L., sua companheira, “*doente a nível psiquiátrico com risco de fuga*”, abandonou o estabelecimento de saúde sem que ninguém se tenha apercebido.
4. Em 28 de maio de 2020 e em 6 de agosto de 2020, a ERS tomou conhecimento de duas outras reclamações, às quais foram atribuídas o número REC/39435/2020 e REC/57148/2020, respetivamente, que visam a mesma temática e o mesmo prestador.
5. Acresce que, a ERS tomou conhecimento, em 11 de agosto de 2020, de uma quinta reclamação subscrita por A.S., à qual foi atribuída o número REC/58465/2020, visando o abandono do estabelecimento prestador de cuidados de saúde visado por utente em internamento compulsivo no serviço de psiquiatria.
6. 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 11 de setembro de 2020, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/082/2020, 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 dos utentes e, bem assim, o direito de acesso dos mesmos à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança.

I.2. Diligências

7. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS relativa à inscrição do Hospital Garcia de Orta, E.P.E., constatando-se que a mesma é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 10931;

- (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente I.C. em 18 de setembro de 2020;
- (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente R.S. em 18 de setembro de 2020;
- (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente J.M. em 18 de setembro de 2020;
- (v) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente A.S. em 18 de setembro de 2020;
- (vi) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente A.O. em 18 de setembro de 2020;
- (vii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao HGO em 18 de setembro de 2020, e análise da resposta datada de 22 de outubro de 2020.

II. DOS FACTOS

II.1. Do teor das reclamações

II.1.1. Do teor da reclamação apresentada por I.C.– REC/30609/2020

8. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação, datada de 6 de março de 2020:

“[...]”

O meu marido [A.C.] deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta, no dia 28/1/2020.

Durante o internamento, apresentava um quadro de desorientação decorrente da patologia e do conhecimento da equipa de serviço.

No dia 31/1/2020 e sem ser intercetado por qualquer funcionário do hospital saiu das instalações hospitalares (TUMC), e conseguiu chegar ao exterior do Hospital. Ao chegar à visita das 13h, fui informada pela Enfermeira que o meu marido já tinha sido localizado, próximo do mercado abastecedor de Almada. Fomos ao seu encontro.

Encontrava-se com a roupa hospitalar toda ensanguentada, descalço, encharcado e com vários dentes partidos, e com uma hemorragia difícil de estancar.

Responsabilizo o hospital pela saída, pelas lesões e pelo agravamento do seu estado de saúde como consequência desta saída não assistida, assim como o tratamento da boca e colocação de implantes dentários. [...]

9. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu à reclamante, por ofício datado de 31 de agosto de 2020, os seguintes esclarecimentos:

[...]

Depois de averiguações internas junto da Diretora do Serviço de Urgência Geral, [...] e face ao exposto, gostaríamos de esclarecer que o seu esposo, [A.C.], encontrava-se imobilizado no leito na UIMC – Unidade de Internamento Médico Cirúrgico, sob vigilância e sedação. Ainda assim, o doente conseguiu soltar as imobilizações, tendo saído pela saída de emergência da UIMC e saltado para a rua de uma altura de cerca de 6 (seis) metros de altura.

Importa referir que o Senhor se encontrava em privação alcoólica, tendo sido posteriormente encontrado no recinto hospitalar (zona de estacionamento) e sofrido traumatismo da face.

Compreendendo a sua insatisfação, lamentamos o sucedido, certos que continuaremos a tomar medidas necessárias para que tais situações não aconteçam. [...]

10. Em anexo, o prestador juntou resposta a audição interna do serviço de urgência geral, com o seguinte teor:

[...]

O doente saiu da UIMC.

Entrou em quadro de privação alcoólico, tentou inclusivamente beber álcool dos carros de compressas.

O doente saiu pela saída de emergência da UIMC, saltou para a Rua (altura de 6m aproximadamente). Foi apanhado na zona do estacionamento.

Do que se apura dos registos, o doente estava imobilizado no leito na UIM e sob sedação [...]. Ainda assim, conseguiu soltar as imobilizações e saltou de uma altura de cerca de 6m. Foi encontrado no recinto do hospital. Sofreu traumatismo da face.

O doente encontra-se em privação alcoólica. [...]

II.1.2. Do teor da reclamação apresentada por R.S.– REC/36545/2020

11. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo exponente R.S. na sua reclamação, à qual foi atribuída o número REC/36545/2020, datada de 12 de maio de 2020:

[...]

Eu [...] venho por este meio prestar uma reclamação devido à minha companheira [V.L.], de 46 anos, ter desaparecido do Hospital Garcia de Orta, sendo uma doente a nível psiquiátrico com risco de fuga. Foi-me comunicado que foi dada como desaparecida por volta das 20:30 H no dia 12-05-2020, por via telefónica, [...] por volta das 22:00 H do mesmo dia. Não ter sido alertada as autoridades, nem o [...] contacto da pessoa responsável, neste caso, Eu. Tendo então saído de casa à procura da [V.L.] tendo-a encontrado com sucesso nos arredores de Almada a olhar para a montra de uma loja. Dentro do mesmo dia, foi-me dito que caso qualquer coisa que pudesse acontecer à [V.L.] me seria comunicado de imediato. Espero que este documento venha a melhorar o sistema do Hospital e que lhe seja dado a devida importância para que de futuro não haja problema do mesmo tipo. [...]

12. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu ao reclamante, por ofício datado de 6 de outubro de 2020, os seguintes esclarecimentos:

[...]

Em relação à situação por vós apresentada, a mesma foi objeto de análise pelos responsáveis do serviço visado. Nesse sentido e face ao exposto por V/ Exa., gostaríamos de referir que o Serviço de Urgência tem um protocolo que é ativado, sempre que haja risco de fuga, em doentes com patologia definida.

Não obstante, e apesar da preocupação em assegurar permanentemente vigilância aos doentes que dela carecem, essa premissa é por vezes condicionada devido ao afluxo de utentes que permanecem no Serviço de Urgência Geral, bem como à exiguidade do espaço físico.

Pedimos desculpa pelo sucedido, certos que continuaremos a tomar todas as medidas que visam a melhoria das nossas práticas. [...]

13. Em anexo, o prestador juntou resposta da audição interna do serviço de urgência geral, com o seguinte teor:

“[...] Foi ativado o protocolo de fuga no momento da triagem.

O serviço de urgência possui portas que não têm sistemas de vigilância. Qualquer fuga poderá acontecer. Várias exposições ao longo dos anos têm sido realizadas perante esta situação. [...]”.

II.1.3. Do teor da reclamação apresentada por A.O.– REC/39435/2020

14. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente A.O. na sua reclamação, à qual foi atribuída o número REC/39435/2020, datada de 7 de fevereiro de 2020:

“[...]

Venho por este meio pedir informação e comunicar que no dia 6/2/2020, o utente [A.R.] deu entrada no Hospital São Bernardo, Setúbal, no qual durante o mesmo dia pelas mais ou menos 24h foi transferido pelos Bombeiros de Palmela para o Hospital Garcia de Orta (Almada) no qual, por volta das 7h + ou – foi dado como tivesse desaparecido do mesmo (por via telefónica) para os familiares. No dia seguinte 7/2/2020 os agentes encontraram-nos por volta da 11h. Descompensado.

Gostaria de saber que Hospital deixa 1 doente sair sem acompanhantes, sozinho, com a mesma roupa, onde estavam os respetivos médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, polícia, segurança... tendo depois de ser encontrado fizeram novamente a inscrição [...]”.

15. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu à reclamante, por ofício datado de 20 de maio de 2020, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

Em relação à situação por vós apresentada, a mesma foi objeto de análise pelos responsáveis do serviço visado. Nesse sentido e face ao exposto por V/ Exa., gostaríamos de referir que o Serviço de Urgência tem um protocolo que é ativado, sempre que haja risco de fuga, em doentes com patologia definida.

Não obstante, e apesar da preocupação em assegurar permanentemente vigilância aos doentes que dela carecem, essa premissa é por vezes condicionada devido ao

afluxo de utentes que permanecem no Serviço de Urgência Geral, bem como à exiguidade do espaço físico.

Pedimos desculpa pelo sucedido, certos que continuaremos a tomar todas as medidas que visam a melhoria das nossas práticas. [...]

16. Em anexo, o prestador juntou resposta da audição interna do serviço de urgência geral, com o seguinte teor:

[...] Quando o Serviço de Urgência possui portas que não têm sistemas de vigilância ou controlo qualquer fuga poderá acontecer.

Várias exposições ao longo dos anos têm sido realizadas para esta situação. [...]

17. Em 29 de setembro de 2020, por mensagem de correio eletrónico, a exponente veio aos autos manifestar a sua vontade de não prosseguir com o processo de inquérito, porém, considerando que o presente procedimento administrativo tem origem oficiosa, ao abrigo do artigo 53.º do Código do Procedimento Administrativo *ex vi* artigo 24.º dos Estatutos da ERS, prosseguem os autos os seus normais termos.

II.1.4. Do teor da reclamação apresentada por J.M.– REC/57148/2020

18. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo exponente J.M. na sua reclamação, à qual foi atribuída o número REC/57148/2020, datada de 6 de agosto de 2020:

[...]

O meu filho [L.M.], em 2-8-2020 foi numa ambulância para o hospital Garcia de Orta, porque caiu e perdeu a consciência. É doente bipolar e está na fase de euforia, e a ambulância foi informada deste facto. Deu entrada no Hospital cerca das 12 horas do dia 2-8-2020 e estive 24 Horas sem ser visto por nenhum médico e, portanto, sem tomar a medicação necessária diariamente.

No dia 3-8-2020 fugiu do Hospital e foi a pé para casa. [...]

19. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu ao reclamante, por ofício datado de 6 de outubro de 2020, os seguintes esclarecimentos:

[...]

Depois de averiguações internas junto da Chefia de Enfermagem do serviço de Urgência Geral, constatámos que o Sr. [L.M.] recorreu ao serviço de Urgência Geral

no dia 02/08/2020, foi adequadamente triado com uma prioridade azul – não urgente, encontrando-se consciente e orientado (apesar de utilizado).

Gostaríamos de esclarecer que o Serviço de Urgência tem um protocolo que é ativado, sempre que haja risco de fuga, em doentes com doentes com patologia definida, o que não foi o caso, dado não existir afirmação clínica de risco ou qualquer comunicação aos profissionais de saúde.

Constatámos que terá optado por abandonar o Hospital, de forma livre e racional.

Contudo, lamentamos o sucedido e agradecemos a sua exposição, pois é nosso objetivo ir de encontro às necessidades e expectativas dos utentes, pelo que estamos atentos no sentido de melhorar os serviços e o atendimento aos utentes. [...]

20. Em anexo, o prestador juntou resposta da audição interna do serviço de urgência, com o seguinte teor:

[...] Doente na triagem consciente e orientado. O doente abandona o serviço. É de crer que o fez de forma livre e racional, apesar de utilizado.

Não voltou ao hospital. [...]

II.1.5. Do teor da reclamação apresentada por A.S.– REC/58465/2020

21. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente A.S. na sua reclamação, à qual foi atribuída o número REC/58465/2020, datada de 27 de fevereiro de 2020:

[...]

A presente reclamação é extremamente grave. O meu filho deu entrada com internamento compulsivo em psiquiatria. Os polícias fizeram o trabalho perfeito. O meu filho ficou para internamento nas urgências, sozinho horas e horas, sem nada lhe comunicarem.

Vim cá para o visitar, ele revoltado comigo que estava ali a ficar cheio de doenças. A urgência estava um caos.

Ele saiu, passou à frente do segurança, que nem se mexeu. Eu ainda fui atrás dele e não o apanhei. O meu filho tem paranoias que o quero matar e envenenar e tentou suicídio. Fui com a polícia à procura dele e, entretanto, foi a casa buscar o carro e está desaparecido. Responsabilizo o Hospital e a equipa [...] que o largaram e o

deixaram fugir. Está revoltado e disse-me que jamais deveria. Confiei o meu filho a uma entidade incompetente. [...]

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

[...]

Em relação à situação por vós apresentada, a mesma foi objeto de análise pela Direção do Serviço de Psiquiatria, [...]. Nesse sentido, foi apurado que no dia 27/02/2020, o seu filho, [A.S.] e após avaliação clínica, permaneceu na Área de Observação Clínica o tempo necessário para reobservação face à necessidade de aguardar os resultados dos vários exames complementares de diagnóstico e terapêutica solicitados para esclarecimento da sua situação.

Gostaríamos de referir que o Serviço de Urgência tem um protocolo que é ativado, sempre que haja risco de fuga, em doentes com patologia definida.

Não obstante, e apesar da preocupação em assegurar permanentemente vigilância aos doentes que dela carecem, essa premissa é por vezes condicionada devido ao afluxo de utentes que permanecem no Serviço de Urgência Geral, bem como à exiguidade do espaço físico.

No caso concreto, e após o utente abandonar o Serviço de Urgência, foi contactada a Polícia, informado o Delegado de Saúde e efetuada informação para o Tribunal.

Salientamos que, nestes casos, cabe às forças da autoridade recapturar a pessoa e retorná-la ao Hospital.

Constatámos que no dia 04/03/2020, V/Exa. apresentou-se no Serviço e, após contacto com a Saúde Pública, foi-lhe entregue a documentação necessária para reacionar o Processo.

Compreendo a sua insatisfação, lamentamos o sucedido, certos que continuaremos a tomar medidas necessárias para que tais situações não aconteçam. [...]

23. Em anexo, o prestador juntou resposta da audição interna ao serviço de psiquiatria, com o seguinte teor:

[...] Cabe-nos esclarecer o seguinte:

O utente não deu entrada com internamento compulsivo, no S.U. do HGO. Foi prontamente acionado o internamento compulsivo, de acordo com a Lei de S. Mental, pelo Psiquiatra de Serviço [...]

Foi acionado/levantado o risco de fuga.

O utente permaneceu no AOC o tempo necessário aos vários exames complementares de diagnóstico pedidos.

Após ter abandonado o S.U., foi contactada a polícia e feita informação para o Delegado de Saúde. Cerca das 8:00 do dia seguinte foi feito pelo secretariado informação para o Tribunal [...].

Isto é, foi corretamente seguido o protocolo, tendo a Dra. [...] sido impecável no modo eficiente como agiu, demonstrando grande preocupação pelo doente.

Alguns dias depois, creio que a 4/3/2020, a reclamante apresentou-se o Serviço, tendo-lhe sido dada em mão e após contacto com a Saúde Pública, a documentação necessária [...] para reacionar o processo.

Nestes casos, cabe às forças de autoridade “recapturar” a pessoa e retorná-la ao S.U. [...].”

II.2. Do pedido de elementos enviado ao HGO e da resposta por este concedida

24. Para esclarecimento global dos factos alegados foi remetido ao prestador, em 18 de setembro 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 pelos utentes visados nas reclamações, 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. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos internos em vigor, no Hospital Garcia de Orta, aplicáveis ao internamento compulsivo de utentes;*

4. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos internos em vigor, no Hospital Garcia de Orta, 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;*
 5. *Descrição, apoiada nos suportes documentais respetivos, sobre eventuais medidas corretivas que tenham sido tomadas, na sequência das reclamações em apreço;*
 6. *Informação sobre eventuais medidas/procedimentos internos, aplicáveis nas situações de desaparecimento de utentes, com envio do respetivo suporte documental;*
 7. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
25. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico de 22 de outubro de 2020, veio o HGO prestar os seguintes esclarecimentos:
- “[...] Em conformidade com o solicitado por V/ Exa., vossa referência 298686/2020 de 18/09/2020, relativamente ao Processo de Inquérito n.º ERS/82/2020, cumpre-nos enviar em anexo os devidos esclarecimentos por parte do Conselho de Administração. [...]”*
26. Em anexo, o HGO juntou a seguinte grelha de medidas e decisões adotadas:

1. Detalhe das situações descritas nas referidas reclamações esclarecimentos adicionais entendidos como relevantes sobre as situações dos utentes, acompanhado de toda a documentação de suporte;					
2. Descrição de todas as etapas percorridas pelos utentes visados nas reclamações, 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;					
	Situações/elementos factuais	Observações	Episódio SU Data e Hora	Profissional responsável	Procedimentos /Suporte documental
Doente 1 Proc REC 30609/2020	<p>[REDACTED]</p> <p>Utente internado no piso 2, na UIMC (unidade de internamento médico-cirúrgico) em contexto de etilismo crónico, em síndrome de privação alcoólica. Apesar da sedação e da imobilização no leito, o doente conseguiu soltar-se das imobilizações e dirigir-se para a saída de emergência do serviço e saltar uma altura de 6 metros, da qual resultou um traumatismo da face com fratura de peças dentárias.</p> <p>O utente conseguiu colocar-se em fuga, porque a estrutura de Sala de Observação não favorece a vigilância, uma vez que dispomos de 3 quartos. Enquanto a equipa está a prestar cuidados nas salas, não tem perceção do que se passa nos corredores e átrio, onde também se encontram doentes a aguardar transferência para as enfermarias. As más condições físicas e a escassez de recursos humanos favorecem esporadicamente estes episódios.</p> <p>O utente foi localizado nas imediações do Hospital.</p>	[REDACTED]	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Clínico: [REDACTED] • Ficha de Banco: [REDACTED] • Admissão: 28/01/2020 - 16:30H • Alta UIMC: Medicina 18/03/2020 - 15:51H 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretora do Serviço de Urgência Geral • Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência Geral 	Processo Clínico

1. Detalhe das situações descritas nas referidas reclamações esclarecimentos adicionais entendidos como relevantes sobre as situações dos utentes, acompanhado de toda a documentação de suporte;					
2. Descrição de todas as etapas percorridas pelos utentes visados nas reclamações, 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;					
	Situações/elementos factuais	Observações	Episódio SU Data e Hora	Profissional responsável	Procedimentos /Suporte documental
Doente 2 Proc REC 36545/2020	<p>Utente de 46 anos, deterioração cognitiva a esclarecer, a aguardar vaga no S. Psiquiatria, e com protocolo de risco de fuga ativado. Conseguiu sair por uma das 3 saídas do SU, sendo que apenas uma tem vigilância de um agente de segurança. O espaço onde os doentes aguardam a transferência no SU é muito exíguo, sobrelotado, e a equipa prestadora está subdimensionada para o volume de doentes, fatores que favorecem incidentes desta ordem.</p> <p>Doente terá fugido do HGO durante a tarde, tendo sido ativado protocolo risco de fuga.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Processo Clínico: [REDACTED] • 1.ª Ficha de Banco: [REDACTED] • Admissão SU: 12/05/2020 - 7:01H • Alta UIMC: Abandono/Psiquiatria 12/05/2020 – 20:31H ----//---- • 2.ª Ficha de Banco: [REDACTED] • Admissão SU: 12/05/2020 - 22:40H • Alta SU: Psiquiatria 13/05/2020 – 10:44H 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretora do Serviço de Urgência Geral • Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência Geral 	Processo Clínico
Doente 3 Proc REC 39435/2020	<p>Utente de 59 anos, transferido do Hospital de Setúbal para avaliação pela especialidade de Neurocirurgia no Hospital Garcia de Orta.</p> <p>O doente encontrava em vigilância pela Neurocirurgia para, após a qual regressaria ao Hospital de Origem. Não estava sinalizado como tendo risco de fuga, pelo que não se encontrava com a pulseira de sinalização do risco de fuga.</p> <p>Uma vez que se verificou o abandono, foi efetuada a sinalização à família e às autoridades. Admitimos que tenha saído pela porta principal.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Processo Clínico: Sem processo clínico • 1.ª Ficha de Banco: [REDACTED] • Admissão SU: 07/02/2020 – 00:45H • Alta SU: Abandono/ Neurocirurgia 07/02/2020 – 8:23H ----//---- • 2.ª Ficha de Banco: [REDACTED] • Admissão: 07/02/2020 – 11:28H • Alta SU: Neurocirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretora do Serviço de Urgência Geral • Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência Geral 	Processo Clínico

1. Detalhe das situações descritas nas referidas reclamações esclarecimentos adicionais entendidos como relevantes sobre as situações dos utentes, acompanhado de toda a documentação de suporte;					
2. Descrição de todas as etapas percorridas pelos utentes visados nas reclamações, 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;					
	Situações/elementos factuais	Observações	Episódio SU Data e Hora	Profissional responsável	Procedimentos /Suporte documental
			Tranf. para H. Origem: 09/02/2020 – 7:47H		
Doente 4 Proc REC 37148/2020	<p>Utente de 55 anos, trazido da via pública pelo INEM, em contexto de etilismo agudo. Utente com hábitos alcoólicos e eventualmente toxicofílicos. Utente apresenta alguma agressividade. Na triagem (prioridade azul) o utente foi considerado capaz de tomar decisões (GCS 15), pois estava consciente e orientado apesar de etilizado, pelo que, volvidos os efeitos tóxicos da ingestão alcoólica aguda, o utente decidiu abandonar o SU e dirigiu-se a casa.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Processo Clínico: [REDACTED] • Ficha de banco: [REDACTED] • Admissão: INEM 02/08/2020 – 12:33H • Alta SU: Abandono/Medicina 03/08/2020 – 15:30H 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretora do Serviço de Urgência Geral • Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência Geral 	Processo Clínico
Doente 5 Proc REC 38465/2020	<p>O utente deu entrada no SU e, posteriormente, após avaliação pela Psiquiatria, foi acionado o internamento compulsivo, assim como o protocolo de risco de fuga. O utente permaneceu no SU, o tempo necessário para a realização de vários exames. O utente encontrava-se a aguardar vaga no S. Psiquiatria, quando conseguiu sair do SU, pelos mesmos motivos da utente [REDACTED]: espaço físico exíguo, sobrelotado, 3 portas no SU (apenas uma com vigilância por segurança), e escassez de profissionais para realizarem uma supervisão adequada.</p> <p>Durante o período da tarde a mãe veio ao visitar o filho, referindo no entanto que o filho teria saído da Urgência pela porta principal não sendo ela capaz de o deter. Foi informado</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Processo Clínico: [REDACTED] • Ficha de banco: [REDACTED] • Admissão: INEM 27/02/2020 – 12:21H • Alta SU: Abandono/Psiquiatria 27/02/2020 – 21:32H 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretora do Serviço de Urgência Geral • Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência Geral 	Processo Clínico

1. Detalhe das situações descritas nas referidas reclamações esclarecimentos adicionais entendidos como relevantes sobre as situações dos utentes, acompanhado de toda a documentação de suporte;					
2. Descrição de todas as etapas percorridas pelos utentes visados nas reclamações, 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;					
	Situações/elementos factuais	Observações	Episódio SU Data e Hora	Profissional responsável	Procedimentos /Suporte documental
	do ocorrido o Segurança da porta da Urgência e solicitado que este procedesse à sua procura com urgência para ser reencaminhado, novamente, para o SU. Foi também informada do sucedido a Esquadra da PSP da sua área de residência e foi solicitado o seu auxílio na localização do doente pelo risco de violência que o seu quadro condiciona. Foi ainda remetida informação do utente ao delegado de saúde e ao Tribunal competente de acordo com as orientações dos procedimentos internos do HGO, por avaliar-se risco de violência, dirigida ao próprio e a terceiros, em doente com muito provável quadro psicótico a estudar, esclarecer e estabilizar em contexto de internamento.				
3. Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos internos em vigor, no Hospital Garcia da Orta, aplicáveis ao internamento compulsivo de utentes;					
O Hospital Garcia de Orta tem duas Normas de Procedimento em vigor que orientam sobre o internamento compulsivo de utentes.			<ul style="list-style-type: none"> - NPG_1259-Encaminhamento_Doentes_Psiquiatricos_UrgGer,v1; - NP_3070_PSIQ-Fuga e receção do utente com internamento compulsivo,v4; 		
4. Medidas e/ou procedimentos internos em vigor para: avaliação da segurança e o risco de evasão dos utentes, especialmente dos mais vulneráveis, que possam não estar no pleno gozo das suas faculdades mentais;					
6. Medidas e/ou procedimentos internos em vigor para: situações de desaparecimento de utentes;					
O Hospital Garcia de Orta tem um conjunto de Normas de Procedimento em vigor para avaliação da segurança e risco de evasão de utentes e para situações de desaparecimento de utentes			Transversais à Organização: <ul style="list-style-type: none"> • NPG_1078-Desaparecimento de Doente,v2; • NPG_1259-Encaminhamento_Doentes_Psiquiatricos_UrgGer,v1; Área da Segurança e Risco <ul style="list-style-type: none"> • POL_0114-Gestao_Risco,v5 		
			<ul style="list-style-type: none"> • NPG_1049_Analise_Incidentes_Seguranca_Doentes,v1 • NOC_2003-Contencao_Doentes,v4 Serviço de Psiquiatria <ul style="list-style-type: none"> • NP_3070_PSIQ-Fuga e receção do utente com internamento compulsivo,v4; • NP_3071_PSIQ-Abandono do serviço pelo utente internado,v5; • NP_3072_PSIQ-IncidentesRiscosIncidentes-Integridade fisica doentes,v3; • NP_3079_PSIQ-Niveis Observação e Supervisão dos doentes,v6; Serviço de Urgência Geral <ul style="list-style-type: none"> • NP_3017_URG-GER-Transferencia doente para Serviço Psiquiatria,v4; • NP_3022_URG-GER-Deteccao sinalização doentes idosos situações de fragilidade,v2; • NP_3028_URG-GER-Determinação nível alcoolemia e pesquisa substâncias psicotrópicas,v3; • NP_3032_URG-GER-Identificação de doentes alterações psiquiátricas com risco de fuga,v3; 		
Avaliações de Risco efetuadas pelo Serviço de Urgência Geral com medidas de melhoria propostas			<ul style="list-style-type: none"> • Mapa do Risco Não Controlados_SUG • AR_SUG_perigoBeG 		
5. Descrição, apoiada nos suportes documentais respetivos, sobre eventuais medidas corretivas que tenham sido tomadas, na sequência das reclamações em apreço;					
Consta do Plano de Ação do Serviço de Urgência a criação de SO para atendimento do doente psiquiátrico a funcionar 24 horas por dia e com recursos humanos dedicados. Foi realizado um projeto para sinalização com pulseira eletrónica de prevenção de fuga para doentes vulneráveis com risco de fuga associado.			<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Ação do Serviço de Urgência Geral (p.25) • NP_3032_URG-GER-Identificação de doentes alterações psiquiátricas com risco de fuga,v3. • Parceria Rotary Club Almada - CandidaturaSUG_HGO - +Conforto, Qualidade e Segurança. 		

27. Ainda em anexo, o HGO juntou cópia dos seguintes documentos:

- Norma de orientação clínica “*Contenção de Doentes – 2003*”, aprovada em 5 de dezembro de 2019, com a finalidade de orientar os profissionais de saúde para a gestão do comportamento dos doentes que põem em risco a sua própria segurança, a de terceiros e do meio envolvente;
- Norma de procedimento “*Transferência de doentes para o Serviço de Psiquiatria – URG-GER – 3017*”, aprovada em 12 de março de 2020, com a finalidade de garantir que a transferência, da urgência geral para o serviço de psiquiatria, é realizada com os meios e recursos humanos adequados;

- c) Norma de procedimento *“Determinação nível de alcoolemia e/ou pesquisa de substâncias psicotrópicas – URG-GER – 3028”*, aprovada em 12 de março de 2020, com a finalidade de assegurar a boa prática na colheita de sangue para determinação do nível de alcoolemia e/ou substâncias psicotrópicas, solicitadas pelos agentes de autoridade;
- d) Norma de procedimento *“Detecção e sinalização de doentes idosos com situações de grande fragilidade da condição de saúde e/ou social – URG-GER – 3022”*, aprovada em 12 de março de 2020, com a finalidade de garantir a detecção e o encaminhamento adequado de doentes idosos com fragilidade de saúde e/ou social;
- e) Parceria Rotary Club Almada - HGO, candidatura do serviço de urgência geral do HGO, *“+Conforto, Qualidade e Segurança”*, que visa a adoção de um sistema de controlo de saídas que permite, através da colocação de uma pulseira, a sinalização dos doentes com risco de fuga sempre que se aproximem de um dos locais de saída e o consequente bloqueio da porta;
- f) Norma de procedimento *“Incidentes ou riscos de incidentes que ponham em causa a integridade física de doentes – PSIQ 3072”*, aprovada em 11 de fevereiro de 2020, com a finalidade de estabelecer os procedimentos dos técnicos que estejam presentes em ocorrências que ponham em causa a integridade física dos doentes;
- g) Norma de procedimento *“Níveis de observação e supervisão aos doentes internados no Serviço de Psiquiatria – PSIQ 3079”*, aprovada em 11 de fevereiro de 2020, com a finalidade de identificar e prevenir fatores do risco nos doentes e gerir situações daí resultantes;
- h) Norma de procedimento geral *“Desaparecimento de doente – 1078”*, aprovada em 12 de junho de 2012, com a finalidade de orientar os profissionais sobre os procedimentos a realizar em situação de desaparecimento de um doente;
- i) Formulário da notificação de incidentes/não conformidade;
- j) Norma de procedimento *“Identificação de doentes alterações psiquiátricas com risco de fuga – URG-GER – 3032”*, aprovada em 12 de março de 2020, com a finalidade de garantir a segurança e o bem-estar dos doentes com risco de fuga;
- k) Norma de procedimento geral *“Encaminhamento de doentes psiquiátricos pelo serviço de urgência – 1259”*, aprovada em 1 de outubro de 2015, com a finalidade

de informar sobre a dinâmica funcional dos Serviços de Urgência Psiquiátrica do HGO;

- l) Norma de procedimento *“Abandono do serviço pelo doente internado – PSIQ 3071”*, aprovada em 11 de fevereiro de 2020, com a finalidade de uniformização dos procedimentos perante o abandono do Serviço pelo doente internado;
- m) Norma de procedimento *“Fuga e receção do utente com internamento compulsivo - PSIQ – 3070”*, aprovada em 13 de agosto de 2015, com a finalidade de uniformizar procedimentos de enfermagem na fuga de um doente com internamento compulsivo;
- n) Política *“Gestão do Risco – 0114”*, aprovada em 16 de janeiro de 2020, com a finalidade de estabelecer o processo de identificação, análise, avaliação, tratamento, revisão, monitorização e reporte dos riscos, que podem afetar negativamente a segurança dos doentes, acompanhantes, profissionais, público em geral, edifício e património do Hospital;
- o) Plano de ação do ano de 2020 para o serviço de urgência geral do HGO, datada de 27 de fevereiro de 2020, com o seguinte teor:

“[...] Nos últimos anos têm-se verificado, nos Serviços de Urgência Psiquiátrica (S.U.P.) por todo o país, afluência e procura de cuidados crescentes por parte da população, o que se refletiu em elevado número de atendimentos também no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Garcia de Orta (HGO). Face às exigências e especificidades da Urgência de Psiquiatria, à péssima localização e condições funcionais do atendimento de Psiquiatria na atualidade na Urgência Geral, e à permanente sobrelotação do Internamento, torna-se fundamental a reestruturação deste S.U., nomeadamente com a introdução de uma nova área de atendimento mais ajustada à realidade do doente psiquiátrico e de uma Sala de Observação (S.O.) de Psiquiatria a funcionar 24 horas por dia, 7 dias por semana.

O internamento em S.O. irá retirar o doente com patologia psiquiátrica do serviço de urgência geral para um meio mais contendor e seguro, com monitorização/vigilância mais apertada, permitindo uma rápida intervenção na crise. Esta forma de atuação possibilitará, em muitos casos, alta com referência a outros cuidados/serviços e redução do número de internamentos efetivos em enfermaria.

Nos casos em que é necessária intervenção médica não psiquiátrica (por motivo de investigação diagnóstica, tratamento/estabilização de patologia médica comórbida, ou outra), a permanência em S.O. permitirá ainda um mais fácil acesso a exames complementares de diagnóstico urgentes e observações por outras especialidades médicas, já que se encontra num espaço próximo do SUG e integrado no funcionamento do mesmo.

O internamento em S.O. é determinado pelo psiquiatra de serviço de urgência do HGO ou, na sua ausência, pelo psiquiatra da Urgência Metropolitana de Lisboa. Quando não for possível a estabilização clínica até 48 horas, e com base nos critérios clínicos para o internamento psiquiátrico previamente estabelecidos, o doente será transferido para o internamento de Psiquiatria.







Passamos a enumerar as necessidades, em termos de Recursos Humanos e Condições Físicas da nova Urgência e S.O. de Psiquiatria

Recursos Humanos:

- *Avaliação pelos Psiquiatras do Serviço de Urgência Externa de Psiquiatria (dias úteis e Sábados, das 9-21h) e pelo Psiquiatra de Prevenção ao Internamento de Psiquiatria e ao S.O. (Sábados e dias úteis das 21h – 9h, feriados e Domingos, como já existente para o Internamento). Na eventualidade de não haver Urgência externa de Psiquiatria durante um período de 48 horas consecutivas, o Psiquiatra de Prevenção disponibilizará três horas em regime de presença física (a descontar no horário semanal habitual) no 2º dia (das 48 horas) de manhã.*
- *Dois enfermeiros com experiência e formação em Saúde Mental em permanência física, para apoio ao S.U.P. e à S.O., devendo pelo menos um elemento ser especialista em Saúde Mental.*
- *Dois assistentes operacionais (para apoio permanente à S.O., apoio ao S.U.P e para transportes/transferências de doentes).*
- *Assistente Social para orientação dos doentes da Urgência Externa e internados em S.O.*
- *Um segurança em permanência física.*

Recursos Físicos/Equipamento

- *Dois gabinetes de Urgência equipados com secretária e computador de trabalho, três cadeiras, lavatório, botão de pânico e porta de “fuga”; pelo menos um dos gabinetes deverá ter espaço para a entrada de doentes em maca.*
 - *Um gabinete “polivalente” para entrevista dos doentes/familiares internados em S.O., para utilização pelo Serviço Social e pela Equipa de Enfermagem e para eventuais procedimentos médicos/de enfermagem – equipada com uma maca e dois cadeirões.*
 - *Seis camas (com espaço para mais duas em situações de contingência) para a S.O., com distância entre elas que garanta condições de segurança e a acessibilidade dos técnicos se necessidade de contenção física. Separação com cortinados para garantia da necessária privacidade, mas inacessível à distância de um braço.*
 - *Posto de enfermagem necessariamente orientado (no espaço) para a visualização integral das seis camas de S.O. e com acesso fácil à sala de espera / gabinetes de urgência.*
 - *Uma sala de espera para os doentes triados na urgência geral e a aguardar observação pelo médico psiquiatra.*
 - *Uma casa de banho para utilização pelos doentes internados em S.O., com chuveiro fixo (sem mangueira). [...]”.*
- p) Norma de procedimento geral “Análise dos incidentes de segurança do doente – 1049”, aprovado em 24 de maio de 2012, com a finalidade de definir os procedimentos e a metodologia para a análise e gestão dos incidentes e quase eventos de segurança do doente;
- q) Ficha de identificação e avaliação do risco n.º 21/18, criada em 5 de março de 2018, com o âmbito de “avaliação proactiva dos riscos clínicos da urgência geral”;
- r) Mapa dos riscos não controlados, com o seguinte teor:

	BAIXO	MODERADO	ALTO	EXTREMO
 COMPORTAMENTO DO DOENTE (SEGURANÇA DO DOENTE)	<p>B - COMPORTAMENTO INADEQUADO E/OU VIOLENTO DE DOENTES Esta situação está relacionado com a presença de elevado número de doentes que não cumprem as orientações dos profissionais e que apresentam comportamento violento existindo elevada probabilidade de colocar em risco outros doentes, profissionais e a si próprios. Atenção especial para doentes de psiquiatria, atendidos e vigiados no mesmo espaço dos outros doentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Agressão verbal e/ou física <p>G - PERMANÊNCIA DE DOENTES, VULNERÁVEIS COM QUADROS DEMENCIAIS, COM IDEIAÇÃO SUICIDA E OU EM REGIME DE COMPULSIVIDADE A AGUARDAR VAGA NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA O serviço não dispõe de espaço adequado e de profissionais dedicados e especializados para a gestão destes casos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fuga de doente 			
 GESTÃO DO PERCURSO DO DOENTE (SEGURANÇA DO DOENTE)	<p>K - DIFICULDADE EM DETETAR PRECOZEMENTE SINAIS DE AGRAVAMENTO CLÍNICO EM DOENTES PREDISPOSTOS Ausência de monitorização adequada na UIMC e rácios doente / profissional inferiores ao recomendado em todo o serviço.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprometimento da evolução clínica do doente <p>D - ERRO NA IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE Todos os doentes (área de ambulatório e de internamento) são identificados com pulseira de identificação. Manteve-se em 2017, um elevado rácio doente/profissional, com momentos do dia com elevada intensidade de trabalho proporcionando este tipo de incidentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Doente errado 			
 INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (SEGURANÇA DO DOENTE)	<p>L - DIFICULDADE EM COLOCAR EM PRÁTICA AS MEDIDAS GERAIS DE PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFECÇÃO Espaços reduzidos obrigando a pouca distância entre doentes; rácio profissional / doente reduzido; interação de elevado número de profissionais; inexistência de quarto de isolamento respiratório ou outro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Infeção cruzada por quebra nas PBCI 			
 PROCEDIMENTO E PROCESSO DE PRESTAÇÃO (SEGURANÇA DO DOENTE)	<p>M - EQUIPA MÉDICAS COM PROFISSIONAIS POUCO DIFERENCIADOS, DIFICULTANDO A ABORDAGEM E A TOMADA DE DECISÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Atraso no diagnóstico ou tratamento 			
 QUEDA DO DOENTE (SEGURANÇA DO DOENTE)	<p>E - DIFICULDADE NA APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA QUEDA DO DOENTE Rácio Doente / profissional inadequado para uma vigilância adequada e segura. Doentes de alto risco em elevado número.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesão traumática <p>F - MACAS SEM REQUISITOS DE SEGURANÇA PARA A PREVENÇÃO DA QUEDA Foram fornecidas 15 novas macas em 2016 sem a avaliação e o parecer por parte do SUG não apresentando estas os requisitos de segurança necessários (por exemplo em relação às grades...). Manteve-se em 2017, um elevado rácio doente/profissional, com momentos do dia com elevada intensidade de trabalho o que torna provável a ocorrência deste tipo de incidentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesão traumática 			
 RECURSOS E GESTÃO ORGANIZACIONAL (SEGURANÇA DO DOENTE)	<p>M - EQUIPA MÉDICAS COM PROFISSIONAIS POUCO DIFERENCIADOS, DIFICULTANDO A ABORDAGEM E A TOMADA DE DECISÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificuldade na organização de equipas/profissionais 			
 ÚLCERAS POR PRESSÃO (SEGURANÇA DO DOENTE)	<p>A - INEFICÁCIA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO A probabilidade de desenvolvimento de úlcera de pressão mantém-se elevada, devido essencialmente a internamentos prolongados em maca na UIMC e a dificuldade de mobilização e posicionamento do doente. Em 2017 o risco diminuiu por investimento em colchões. Neste momento todos são de espuma viscoelástica. Mantém no entanto risco por relação Utente /profissional em determinados momentos bastante elevada.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesão por Pressão 			

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

28. 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.”
29. 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.”.*
30. 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.*”;
31. Consequentemente, o HGO é uma entidade pública empresarial, responsável por um estabelecimento prestador 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 10931.
32. 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.
33. 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”;*
34. 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.

35. 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 – cfr. 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

36. 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.
37. Com efeito, a importância do bem jurídico tutelado imprime uma gravidade excepcional à prestação de cuidados de saúde em condições inadequadas.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
 43. 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”*
 44. 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).
 45. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
 46. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
 47. 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”*.
 48. 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.

49. 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 – cfr. n.º 1 da Base 4 da LBS.
50. 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 (cfr. artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa).
51. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito 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.
52. 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”*.
53. 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 artigo 5.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho (doravante, Lei de Saúde Mental).
54. 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.
55. 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

peessoas 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”*.

56. 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.
57. 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”*.
58. 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.
59. 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.
60. 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*

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.

habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”, estatuiu-se que os cuidados de saúde em causa são prestados no meio menos restritivo possível².

61. 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.
62. Pressuposto que resulta claro no Processo F.O. v. Portugal, do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, 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 reais³;
63. Adoção de medidas preventivas que sempre deverão ser norteadas pelo princípio geral de menor restrição possível.
64. 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.
65. 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.

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

³ Pode ser consultada em:
<https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22fulltext%22:%5B%22fernandes%20oliveira%22%5D%2C%22itemid%22:%5B%22001-189426%22%5D%7D>

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>.

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

67. 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. [...].”

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

69. 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.
70. 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”.*
71. 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.
72. 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”.

- 73. 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.
- 74. 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”;*
- 75. Assim, vigora o princípio da liberdade individual, que só deverá ser coartado em situações excepcionais;
- 76. 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.
- 77. 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.
- 78. 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.

79. 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”.*
80. 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.
81. 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”.*
82. 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.
83. Nessa sequência, o internando é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e é-lhe prestada a assistência médica necessária.
84. 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.
85. 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.

86. 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.
87. 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.
88. 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.
89. 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).
90. 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”.
91. 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.4. Análise das situações concretas

III.4.1. Dos utentes L.M. e A.M.

92. No respeitante à atuação do HGO no atendimento prestado ao utente L.M., da ponderação global dos elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos não resulta inequívoco que o utente fosse portador de patologia que o caracterizasse como utente com alterações psiquiátricas com risco de fuga.
93. De acordo com o relato do HGO, o utente recorreu, no dia 2 de agosto de 2020, ao serviço de urgência em contexto de etilismo agudo, sendo triado com uma prioridade

azul – não urgente e encontrando-se consciente e orientado, sendo-lhe atribuído um total global de 15 na escala de Glasgow;

94. Sendo que, face ao desconhecimento da existência de qualquer diagnóstico, e encontrando-se o utente consciente e orientado, dificilmente se pode concluir que estivessem reunidos critérios para o prestador considerar a existência de risco e, nessa sequência, ativar o protocolo de risco de fuga de doentes com patologia definida.
95. O mesmo sucede com o utente A.M., transferido do Hospital de Setúbal para ser avaliado pela especialidade de Neurocirurgia no HGO, que não estava sinalizado como tendo risco de fuga, pelo que não lhe foi colocada a correspondente pulseira de sinalização, nos termos do procedimento em vigor no prestador;
96. Termos em que, considerando que dos elementos de análise carreados para os autos, não se pode concluir que os procedimentos assistenciais empregues no serviço de urgência do HGO não tenham sido garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes L.M. e A.M., mormente do direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde.

III.4.2. Dos utentes A.C. e V.L.

97. Da ponderação global dos elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, foi possível apurar que o utente A.C., internado na unidade de internamento médico-cirúrgico, em contexto de etilismo crónico e com síndrome de privação alcoólica, saiu das instalações hospitalares, sem ser intercetado por qualquer funcionário;
98. O utente, nos termos da reclamação apresentada, foi encontrado com *“roupa hospitalar toda ensanguentada, descalço, encharcado e com vários dentes partidos, e com uma hemorragia difícil de estancar”*.
99. De acordo com o relato do HGO, o utente encontrava-se sedado e imobilizado no leito, porém, conseguiu soltar-se e dirigir-se para a saída de emergência de serviço e saltar de uma altura de seis metros.
100. Ora, não se pode deixar de referir que o prestador adotou as medidas que considerou adequadas a garantir o direito de acesso do utente A.C. à prestação de cuidados de saúde integrados, nomeadamente a sua contenção física;

101. Contudo, admite o HGO que “[o] utente conseguiu colocar-se em fuga, porque a estrutura de Sala de Observação não favorece a vigilância [...] a equipa [...] não tem perceção do que se passa nos corredores e átrio”, concluindo que “as más condições físicas e a escassez de recursos humanos favorecem estes episódios”.
102. Obstáculos estruturais, físicos e de recursos humanos, transversais às várias situações em análise nos presentes autos.
103. Ora, vejamos, no respeitante ao atendimento prestado à utente V.L., portadora de deterioração cognitiva a esclarecer e a aguardar vaga para internamento no Serviço de Psiquiatria, o HGO, que ativou o seu protocolo de risco de fuga, admite que a mesma conseguiu sair “por uma das 3 saídas do SU, sendo que apenas uma tem vigilância de um agente de segurança. O espaço onde os doentes aguardam a transferência no SU é muito exíguo, sobrelotado e a equipa prestadora está subdimensionada para o volume de doentes [...]”.
104. Portanto, no respeitante aos utentes A.C. e V.L. estamos perante casos em que, por força das suas patologias clínicas, o risco de fuga foi equacionado.
105. 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;
106. Embora, 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 possa 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”.
107. Deste modo, face aos elementos presentes nos autos, não se pode concluir pela existência de constrangimentos no direito de acesso dos utentes A.C. e V.L. à prestação de saúde integrados, de qualidade e com segurança, visto os mesmos não terem sido sujeitos ao decretamento judicial do internamento compulsivo, nos termos da Lei de Saúde Mental, ou outras de medidas jurídicas restritivas da liberdade.
108. Contudo, não se pode deixar de indagar se, face à recusa de submissão de tratamento médico por parte dos utentes, não estariam reunidas as condições necessárias para o recurso ao procedimento de internamento de portador de anomalia psíquica previsto no ordenamento jurídico português;
109. Por outras palavras, se os utentes fossem portadores de anomalia psíquica grave que criassem, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de

relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e se se recusassem a submeter ao necessário tratamento médico ou não possuísem o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento para o efeito;

110. Deveria ter sido realizada uma avaliação clínico-psiquiátrica célere para verificar da necessidade de internamento compulsivo de urgência, nos termos legais;
111. Desse modo, e caso se concluísse pela necessidade de prestação de cuidados de saúde e, bem assim, pela necessidade de internamento compulsivo para o efeito, deveria o prestador cumprir os trâmites legalmente previstos, comunicando, de imediato, o teor do relatório de avaliação ao tribunal judicial competente e pedindo a intervenção das autoridades de polícia e/ou de saúde pública.
112. E nesse contexto, deveria o prestador recorrer aos procedimentos e medidas que considerasse necessárias à garantia do direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde com segurança, evitando não só a fuga, mas outros comportamentos que representassem risco para o utente ou para terceiros.
113. Não descurando, reitera-se, que tal conclusão só poderia ser alcançada com a imprescindível avaliação clínico-psiquiátrica dos utentes A.V. e V.L.

II.4.3. Do utente A.S.

114. Os obstáculos estruturais, físicos e de recursos humanos são invocados, pelo HGO, para justificar a fuga do utente A.S., só que com a gravidade acrescida de, após avaliação pela Psiquiatria no serviço de urgência, ter sido acionado o seu internamento compulsivo de urgência, nos termos previstos no artigo 25º da Lei de Saúde Mental;
115. Isto é, após avaliação clínico-psiquiátrica do utente A.S. pelo médico de psiquiatria do serviço de urgência, foi comunicado ao tribunal judicial competente o teor do relatório de avaliação, cumprindo os trâmites legais previstos para o internamento de urgência, ao abrigo da Lei de Saúde Mental;
116. Acresce que, no respeitante ao utente A.S., por força da sua patologia clínica e do internamento compulsivo, o risco de fuga foi equacionado, porém, as medidas adotadas para evitar a sua fuga não foram suficientes.

117. Sendo que, acionado o internamento compulsivo, a entidade ficou responsável pelo tratamento, acompanhamento e monitorização do utente, tendo, portanto, o dever de adotar as medidas e os procedimentos adequados ou suficientes para evitar a fuga do utente, para evitar comportamentos que representem risco para o próprio ou para terceiros e, bem assim, para garantir a prestação integrada e continuada de cuidados de saúde,
118. Veja-se que, embora se conceda que a imobilização de utentes em fuga não integra as funções dos profissionais de saúde, sobre estes impende um dever de vigilância do doente internado, solicitando o auxílio das autoridades de polícia, caso se entenda necessário;
119. Deste modo, conclui-se que a atuação do HGO terá contribuído decisivamente para o sobredito constrangimento, verificando-se falhas procedimentais na sua atuação, que deverão ser colmatadas;
120. Tão mais evidentes quando o prestador demonstra consciência das suas limitações, inclusive o ponto G do mapa dos riscos não controlados, relativo à permanência de doentes vulneráveis com quadros demenciais, com ideação suicida e ou em regime de compulsividade a aguardar vaga no serviço de internamento de psiquiatria, estatui claramente que *“o serviço não dispõe do espaço adequado e de profissionais dedicados e especializados para a gestão destes casos”*;
121. O prestador informou que prevê a adoção de medidas corretivas, a saber: a criação de sala de observação para atendimento do doente psiquiátrico a funcionar 24 (vinte e quatro) horas por dia e com recursos humanos dedicados, nos termos definidos no Plano de Ação do Serviço de Urgência Geral para o ano de 2020 e bem assim, a adoção de um sistema de controlo de saídas que permita, através da colocação de uma pulseira, a sinalização dos doentes com risco de fuga sempre que se aproximem de um dos locais de saída e o conseqüente bloqueio da porta;
122. Não obstante, importa concretizar tais medidas para a garantia do direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança, prevenindo-se a ocorrência de situações idênticas às denunciadas.
123. Sendo certo que, o HGO dispunha de um conjunto de normas e procedimentos, já em vigor à data dos factos em análise, para avaliação da segurança e risco de evasão de utentes e, bem como, para atuação em situação de desaparecimento de utentes;

124. Porém, nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos, nas mais diversas áreas de intervenção, se não se garantir, paralelamente, a existência de condições que permitam que os mesmos sejam efetivamente aplicados.
125. Contudo, não se pode deixar de referir que, após a sinalização da fuga do utente, foi, de acordo com os trâmites legais, dado conhecimento à Autoridade de Saúde competente, o Delegado de Saúde, ao tribunal e à polícia.
126. Deste modo, conclui-se que o HGO tinha o dever de promover e aplicar todas as medidas e procedimentos indispensáveis a garantir a segurança dos utentes e, até, de terceiros, pelo que os procedimentos assistenciais por si empregues não foram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos do utente A.S., o que à ERS cumpre garantir.
127. 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

128. 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 HGO e os exponentes I.C., R.S., A.S. e J.M., todos por ofícios datados de 23 de abril de 2021.
129. Contudo, decorrido o prazo concedido para o efeito, nenhum dos interessados veio aos autos pronunciar-se sobre o teor do projeto de deliberação da ERS, pelo que este deve ser integralmente mantido.

V. DECISÃO

130. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Hospital Garcia de Orta, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, o respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde com segurança;
 - (ii) Garantir a adoção de medidas e/ou procedimentos que permitam a agilização da atuação, em contexto de serviço de urgência, nomeadamente a celeridade de avaliação clínico-psiquiátrica quando se verificarem indícios relevantes para determinar um eventual recurso ao internamento compulsivo do portador de anomalia psíquica, previsto e regulamento pela Lei de Saúde Mental, atualmente aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho, com a garantia do respeito pelos direitos do internado;
 - (iii) Adotar as medidas e/ou procedimentos que permitam evitar a fuga de utentes com internamento compulsivo, de acordo com a Lei de Saúde Mental, atualmente aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho, com a garantia do respeito pelos direitos do internado;
 - (iv) Adotar as medidas e/ou procedimentos que se revelem aptos para assegurar que, durante a permanência no serviço de urgência e no internamento hospitalar, os utentes especialmente vulneráveis sejam devidamente monitorizados e acompanhados, de forma consentânea com a verificação de eventuais alterações do seu estado de saúde, assegurando dessa forma a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados;
 - (v) Emitir e divulgar ordens e orientações claras e precisas, para que as medidas e/ou procedimentos por si adotados sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os seus colaboradores;
 - (vi) Proceder à realização de uma auditoria aos procedimentos de segurança implementados no Serviço de Urgência, nomeadamente no que diz respeito à segurança das instalações, equipamentos e cidadãos, dando a conhecer à ERS o relatório circunstanciado dos factos apurados e das conclusões alcançadas;
 - (vii) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.
131. 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”.

132. 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, 21 de maio de 2021.



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

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2021

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).