

**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/009/2021;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 18 de dezembro de 2020, de uma reclamação subscrita por E.T., visando a atuação da entidade Centro Hospitalar e Universitário do Porto, E.P.E. (CHUP), entidade registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 19061.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/95044/2020, a exponente alega, em suma, falhas ao nível da segurança e da monitorização do utente M.T., doente com diagnóstico de Alzheimer; concretamente, o mesmo não viu garantido o seu direito ao acompanhamento no serviço de urgência, e, nesse seguimento, abandonou o estabelecimento de saúde sem que ninguém se tenha apercebido.
3. 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 23 de janeiro de 2021, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/009/2021, com o intuito de confirmar se o prestador adotou todos os procedimentos necessários para garantir o direito de acesso do utente à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança.

I.2. Diligências

4. 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 da entidade Centro Hospitalar Universitário do Porto, 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 19061;
 - (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente E.T., em 27 de janeiro de 2021;
 - (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao CHUP em 27 de janeiro de 2021, e análise da resposta datada de 25 de fevereiro de 2021.

II. DOS FACTOS

II.1. Do teor da reclamação apresentada por E.T. – REC/95044/2020

5. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação, datada de 24 de julho de 2020:

“[...]”

Transportei o meu marido, hoje dia 24/7/2020 pelas 14H e 30 minutos, mais ou menos. Vim por indicação do SNS, foi atendido quase logo, queixava-se da barriga e sendo ele uma pessoa oncológica e com Alzheimer adiantado, não me foi permitido entrar junto com ele e foi-me dito que não me preocupasse, pois estaria acompanhado pelo pessoal do hospital, mais acrescento que tem uma incapacidade de 60%, estando 24 Horas acompanhado por familiares.

Passado cerca de 2 Horas, ligou-me o médico que estava a acompanhá-lo [...] dizendo que não sabiam dele, que tinha desaparecido. Depois disso foi procurado em todo o hospital e fizemos participação à PSP que se encontrava no local. Por volta das 18 horas, ligaram-me de casa a dizer que ele tinha feito uns largos kms até à zona de Francos e que um casal ao passar por ele o viu desorientado viu documentação médica e levou a casa. [...]”.

6. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu à reclamante, por ofício datado de 30 de novembro de 2020, os seguintes esclarecimentos:

“[...] Ouvido o respetivo Serviço, refere-se que a comunicação dos utentes ou seus acompanhantes com os profissionais em serviço no Serviço de Urgência (SU), poderá ser dificultada pelas características do trabalho neste local.

A pressão permanente sobre os profissionais, a imprevisibilidade da procura, as limitações físicas do espaço e o acréscimo de regras e necessidades neste período de pandemia, fazem com que todos nós, profissionais e utentes, tenhamos que ter noção franca de quais os nossos direitos, mas também dos nossos deveres e obrigações, já existente em período normal.

Da consulta dos registos clínicos o acontecido é como nos reportou.

O doente [M.T.] foi prontamente atendido e observado, colhida a história com a esposa dadas as limitações do doente e foi orientado para realização de meios complementares entendidos necessários. Apesar das medidas tomadas para que o acompanhamento destas situações não gere problemas, nomeadamente nesta fase pandémica pela limitação de presenças no espaço físico do SU, o doente conseguiu escapar à segurança montada e ausentar-se do SU.

A situação foi percebida e identificada e tomadas as medidas para proceder à localização do doente.

Houve falha para ter acontecido o descrito. Felizmente, nada de mal aconteceu ao doente, o que não diminui a gravidade do acontecido.

Entendemos o desagrado manifestado, e toda a ansiedade causada, pelo que apresentamos as nossas desculpas.

Foi informada a direção do SU para que o dispositivo montado em termos de segurança destes e de outros doentes seja revista de forma a identificar a possibilidade de melhora para que não se repitam situações como a subjacente a esta reclamação.

Pelo respeito que temos pelos nossos utentes, por acreditar que todos os contributos podem ajudar à melhoria contínua da qualidade do serviço que prestamos, agradecemos a exposição apresentada, sendo certo que, diariamente, procuramos garantir a dedicação e competência dos profissionais e a satisfação dos cidadãos que recorrem a este Centro Hospitalar e Universitário. [...]

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

7. Para esclarecimento global dos factos alegados foi remetido ao prestador, em 27 de janeiro de 2021, o seguinte pedido de elementos:

“[...]”

1. *Se pronunciem detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação do utente, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
 2. *Envio de cópia do relatório (Alert) relativo ao episódio de urgência do utente [M.T.];*
 3. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos internos em vigor, no CHUP, 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;*
 4. *Descrição, apoiada nos suportes documentais respetivos, sobre eventuais medidas corretivas que tenham sido tomadas, na sequência da reclamação em apreço;*
 5. *Informação sobre eventuais medidas/procedimentos internos, aplicáveis nas situações de desaparecimento de utentes, com envio do respetivo suporte documental;*
 6. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no CHUP, 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;*
 7. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]*
8. Nessa sequência, por ofício datado de 25 de fevereiro de 2021, veio o CHUP prestar os seguintes esclarecimentos:
- “[...] Na sequência do V/ ofício com a referência em epígrafe, apresentamos os elementos documentais e factuais de que dispomos:*
- *Informação clínica do doente - (cf. Anexo 1).*
 - *Instrução de Trabalho: Controle de fuga ou desaparecimento de doentes do SU (IT.SU.GER.059/1) – (cf. Anexo 2). Refere-se que em julho de 2020, data*

da ocorrência que motiva a reclamação, esta era a instrução de trabalho em vigor.

- *Procedimento Geral: Avaliação, prevenção e controlo do risco de saída inadvertida/abandono de doentes adultos não totalmente autónomos das instalações do HSA (PG:DQ:GER:029/0) – (cf. Anexo 3). Recentemente, a metodologia de avaliação e controlo do risco de abandono de doentes não totalmente autónomos, foi alargada a toda a unidade Hospital de Santo António, tendo sido elaborado o respetivo Procedimento Geral.*

- *Instrução de Trabalho: Segurança (IT.SLOG.GER.006/11) – (cf. Anexo 4). No Serviço de Logística não existe registo de ocorrências da equipa de segurança relativamente à situação em apreço. Contudo, este é um tema relevante que tem contribuído para uma maior articulação entre este Serviço e a direção do Serviço de Urgência. Neste âmbito, destaca-se a Instrução de Trabalho indicada, bem como a Instrução de Trabalho referida no Anexo 2. [...]*

9. Em anexo, o CHUP juntou cópia dos seguintes documentos:

- a) Resumo do episódio de urgência, de 24 de julho de 2020, do utente M.T.;
- b) Instrução de Trabalho IT.SU.GER.059/1, titulada “*Controle de fuga ou desaparecimento de doentes do SU*”, datada de 18 de maio de 2017, com o objetivo de definir regras relativamente à metodologia de controle de fuga ou desaparecimento de doentes do Serviço de Urgência;
- c) Procedimento Geral PG.DQ.GER.029/0, titulado “*Avaliação, prevenção e controlo do risco de saída inadvertida/abandono de doentes adultos não totalmente autónomos das instalações do HSA*”, datado de 20 de janeiro de 2021, com os objetivos de reduzir a probabilidade de saída inadvertida/abandono das instalações da unidade HSA, por parte de doentes adultos não totalmente autónomos; salvaguardar a segurança dos doentes e minimizar os danos potenciais que se possam causar pela sua saída não controlada do Hospital, sempre que esse facto represente perigo para o próprio e/ou para terceiros pela inerente quebra na prestação de cuidados de saúde e fornecer orientação e instruções sobre

o modo de atuação face a doentes com risco de saída inadvertida/abandono nos casos de desaparecimento de doentes;

- d) Instrução de Trabalho IT.SLOG.GER.006/11, titulada “*Segurança*”, datado de 7 de agosto de 2019, com o objetivo de definir as metodologias para gerir a segurança dos diversos acessos do CHUP com o objetivo de melhorar a eficiência e oportunidade de resposta às necessidades e expectativas dos clientes.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

10. 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.*”
11. 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.*”
12. 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.*”;

13. Consequentemente, o CHUP 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 19061.
14. 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.
15. 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”.*
16. 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.
17. 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

18. 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.
19. Com efeito, a importância do bem jurídico tutelado imprime uma gravidade excecional à prestação de cuidados de saúde em condições inadequadas.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.

24. 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.
25. 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”*.
26. 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).
27. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
28. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
29. 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”*.
30. 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.
31. 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.
 32. 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).
 33. 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.
 34. 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*”.
 35. 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).
 36. 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.
37. 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”*.
38. 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.
39. 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”*.
40. 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*

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.

terceiros”, nos termos do Princípio 9 da Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de dezembro de 1991.

41. 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.
42. 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”*, estatuinto-se que os cuidados de saúde em causa são prestados no meio menos restritivo possível².
43. 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.
44. 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;
45. Adoção de medidas preventivas que sempre deverão ser norteadas pelo princípio geral de menor restrição possível.

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,%22itemid%22:%5B%22001-189426%22%5D%7D>

46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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;*

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>.

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. [...]”.

50. Já a Norma da DGS n.º 015/2014, que cria o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, 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

51. 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.

52. 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.

53. 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.

54. 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.
55. 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”*.
56. 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”*.
57. Todavia, a Lei também refere que a natureza do parentesco ou da relação com o utente não pode ser invocada para impedir o acompanhamento.
58. 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”.

59. 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.*”.
60. 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.
61. Mas, em especial, o direito do acompanhante a ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento.
62. 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.*”.
63. 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.
64. Atente-se no artigo 20.º, que estatui que “*peçoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as peçoas 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 peçoas 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

65. 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”*.
66. 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)

67. 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”*⁷.
68. 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”*.
69. 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*

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.º 15/2014, de 21 de março.

⁷ De salvaguardar que os factos em análise nos presentes autos datam de 24 de julho de 2020, portanto, data anterior à emissão e publicação da Orientação n.º 038/2020 da DGS.

doença incurável em estado avançado e em processo de fim de vida, nos termos legais e de acordo com as regras definidas pela DGS”.

70. 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”.*
71. 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]”.*
72. 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.*
73. 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.*
74. 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 excecionais, 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.*
75. 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.
76. 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.
77. 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*”.

78. 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.
79. 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.4. Análise da situação concreta

80. Da ponderação global dos elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, foi possível apurar que o utente M.T., no dia 24 de julho de 2020, acompanhado pela sua esposa, recorreu ao SU do CHUP com queixas inespecíficas de dor abdominal.
81. O utente, de 75 anos, está diagnosticado com Alzheimer, com uma incapacidade de 60%, motivo pelo qual a sua cuidadora terá expressado a necessidade de ser acompanhado, o que, porém, foi negado por força das restrições ao direito ao acompanhamento face à epidemia causada pelo vírus SARS-CoV-2.
82. Sendo a esse propósito indicado pelo CHUP que, pese embora a limitação de presenças no espaço físico do serviço de urgência, foram adotadas outras medidas para acompanhamento destas situações;
83. Não obstante, o utente M.T. “*conseguiu escapar à segurança montada e ausentar-se do SU*”.
84. Ora, de acordo com o disposto na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, a regra instituída é a de “*nos serviços do SNS ser reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo essa informação ser prestada na admissão pelo serviço*”; e a exceção a limitação

ou restrição a esse direito nos casos em que “[...] o *acompanhamento pode comprometer as condições e requisitos técnicos* [...]”;

85. Ou seja, apesar de estar prevista na lei a possibilidade de introdução de limites ao direito de acompanhamento, tanto não poderá assumir-se como regra aplicável de forma irrestrita e determinada para toda e qualquer situação, sem a necessária ponderação circunstanciada de cada caso concreto, inclusive quando a restrição se deve à epidemia causada pelo vírus SARS-CoV-2;
86. O que ganha uma nova dimensão quando em causa estão pessoas com deficiência, em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida.
87. Categoria a que o legislador dedicou especial cuidado ao reconhecer o direito de serem acompanhadas nos serviços de urgência do SNS, determinando-as no n.º 5 do artigo 12.º da referida lei.
88. E, embora a lei preveja, de forma geral, a possibilidade de introdução de limites ao direito de acompanhamento, não se pode desconsiderar que em situações que envolvam pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida, deve ser exigido uma especial consideração, por parte do clínico responsável, das especificidades de cada situação;
89. E, embora a pandemia tenha exigido a adoção de medidas extraordinárias pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, a aplicação de restrições ao direito de acompanhamento deve ser, realmente, excecional.
90. Neste sentido, a Orientação n.º 38 da DGS, de 17 de dezembro de 2020 – aprovada e publicada em data subsequente aos factos em análise –, visou, justamente, atenuar o efeito das medidas restritivas a acompanhantes e visitas a utentes introduzidas nos últimos meses, de molde a assegurar que, mesmo no atual contexto, o direito ao acompanhamento é promovido e garantido;
91. Pese embora admita, a título excecional, “a *aplicação de medidas restritivas de visitas ou a sua suspensão temporária*” – ainda que estas soluções excecionais (a imposição de restrições ao regime de visitas ou mesmo a sua

suspensão temporária) não possam 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 -, a verdade é que a regra geral constante daquela Orientação é a de instar os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde a garantir o direito ao acompanhamento nas suas múltiplas dimensões, nomeadamente em contexto de urgência, especialmente, a *“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”*.

92. Nesse sentido, importa garantir que o CHUP adequa a sua conduta, no que respeita à garantia do direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde, para dessa forma evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.
93. Acresce que o prestador tem a obrigação de garantir o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança;
94. O que, no caso *sub judice*, não se verificou.
95. Porquanto o utente abandonou as instalações do serviço de urgência, no decurso do atendimento, sem que ninguém se tenha apercebido, tendo-se deslocado sozinho até sua casa;
96. Sendo que a atuação do CHUP terá contribuído decisivamente para o sobredito constrangimento, verificando-se falhas procedimentais na sua atuação, que deverão ser colmatadas;
97. Tão mais evidentes quando o utente visado se encontrava especialmente vulnerável, o que claramente revela a cópia do diário clínico do episódio de urgência, de 24 de julho de 2020, da qual expressamente consta que o doente é dependente e estava *“desorientado no tempo e no espaço”*.
98. Sendo certo que, na sequência do conhecimento do seu abandono do serviço de urgência, foi ativado o procedimento interno e acionado os meios de

procura ativa do utente, concretamente através de comunicação ao chefe de equipa, equipa de segurança e polícia de segurança pública.

99. Ora, o CHUP dispunha de um conjunto de instruções, já em vigor à data dos factos em análise, para avaliação da segurança e risco de evasão de utentes do serviço de urgência e, bem como, para atuação em situação de desaparecimento de utentes.

100. Concretamente, a Instrução de Trabalho n.º IT.SU.GER.059/1, titulada “*Controle de fuga ou desaparecimento de doentes do SU*”, datada de 18 de maio de 2017, previa que:

[...] 5.1 – Antes do desaparecimento de um doente

Se um elemento da equipa multidisciplinar, que esteja em funções no SU, verificar que existem doentes com alterações de comportamento/consciência, e daí advenha perigo de fuga, deve pedir ao Coordenador de Enfermagem a disponibilização de uma etiqueta com código de barras (dispositivo anti fuga) que deverá colocar na parte interna da pulseira de Triagem do doente assim como avisar o Segurança/Porteiro. O doente ao passar pelo sistema de alarme existente nas portas de acesso ao SU vai acionar um sinal sonoro, permitindo, facilmente, a sua deteção. O Segurança/Porteiro deve reter o doente e avisar o Enfermeiro Coordenado.

5.2. Após deteção do desaparecimento de um doente

Quando um profissional detetar o desaparecimento de um doente do SU deve proceder do seguinte modo:

- Dar cumprimento ao PEI (Plano de Emergência Interno);*
- Comunicar ao Coordenador de Enfermagem;*
- Comunicar ao Chefe de Equipa;*
- Informar a equipa de Segurança e Porteiros do SU;*
- Informar o Agente da Polícia de Segurança Pública. [...].”*

101. Porém, dos elementos constantes dos autos, não resulta que a referida Instrução de Trabalho tenha sido aplicada ao caso concreto do utente M.T..

102. Ora, em data subsequente à dos factos em análise, o prestador adotou um procedimento geral com a previsão da metodologia de avaliação e controlo do risco de abandono de utentes não totalmente autónomos, aplicável a todo o estabelecimento prestador de cuidados de saúde hospitalares, que, em abstrato, se revela apto a assegurar o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde adequados, de qualidade e com segurança dos utentes;
103. 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.
104. Deste modo, conclui-se que o CHUP tinha o dever de promover e aplicar todas as medidas e procedimentos indispensáveis a garantir a segurança do utente M.T. e, até, de terceiros, pelo que os procedimentos assistenciais por si empregues não foram garantísticos da proteção dos seus direitos e interesses legítimos, o que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde.
105. 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

106. 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 CHSP e o exponente E.T., ambos por ofícios datados de 30 de abril de 2021.
107. 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

108. 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 Centro Hospitalar Universitário do Porto, 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, em permanência, o direito dos utentes ao acompanhamento por pessoa por si indicada, em contexto de serviço de urgência, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
 - (iii) 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, para a prestação integrada e continuada de cuidados de saúde;
 - (iv) 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;
 - (v) Proceder à realização de uma auditoria aos procedimentos de segurança implementados no Serviço de Urgência, dando a conhecer à ERS o relatório circunstanciado dos factos apurados e das conclusões alcançadas;
 - (vi) 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.

109. 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*”.
110. 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, 28 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).