

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

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

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

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

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

Visto o processo registado sob o n.º ERS/025/2017;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (doravante ERS) tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por C.D., na qualidade de pai do utente M.D., no livro de reclamações do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. (doravante HFF), visando o funcionamento do respetivo serviço de urgência, em matéria de segurança e acompanhamento dos utentes (cfr. fls. 9 a 19 dos autos).

2. Para uma análise preliminar da sobredita reclamação (à qual foi atribuído o n.º 2576/2016), foi aberto o processo de avaliação n.º AV/193/2016.
3. No entanto, face à necessidade de uma averiguação mais detalhada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 28 de abril de 2017, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/025/2017 (cfr. fls. 1 a 8 dos autos).

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 do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. (doravante HFF) e ao registo do respetivo estabelecimento prestador de cuidados de saúde (cfr. fls. 20 e 21 dos autos);
 - (ii) Notificação da abertura do processo de avaliação n.º AV/193/2016 e pedido de elementos ao prestador, por ofício datado de 22 de dezembro de 2016 (com insistência em 6 de fevereiro de 2017), bem como análise da resposta por este endereçada à ERS, a qual foi rececionada em 24 de fevereiro de 2017 (cfr. fls. 22 a 92 dos autos);
 - (iii) Notificação da subsequente abertura do presente processo de inquérito, com pedido de elementos adicional ao prestador, através de ofício datado de 2 de junho de 2016, e análise da resposta enviada à ERS, a qual foi rececionada em 3 de julho de 2017 (cfr. fls. 96, 97 e 100 a 120 dos autos);
 - (iv) Notificação da abertura do presente processo de inquérito ao reclamante, por ofício datado de 2 de junho de 2017 (cfr. fls. 98 e 99 dos autos);

II. DOS FACTOS

II.1. Do teor da reclamação

5. Na qualidade de pai do utente M.D., C.D. apresentou uma reclamação no livro de reclamações do HFF, visando o funcionamento do respetivo serviço de urgência, em matéria de segurança e acompanhamento dos utentes.

6. Concretamente, na sobredita reclamação é relatado o seguinte:

“[...] Dia 11/12/2015 pelas 20h:12 o meu filho [M.D.] ficou internado neste hospital, por ser portador de esquizofrenia afectiva, como consta do processo n.º [...], e também consta em processos anteriores de internamento. Está inclusive a ser assistido na delegação do hospital em Massamá, pela Drª [S.J.] há já vários anos como podem comprovar pelo seu historial clínico. Foi consultado, e decidido, pela Drª [V.T.], em ficar internado nas urgências do hospital. Pelas 00h:32m recebi um telefonema do Sr. Agente [...], dizendo que o meu filho não se encontrava nas instalações do hospital, dizendo ainda que foi a médica Drª [V.] que o incumbiu de telefonar para sua casa à procura do [M.D.]

Como pai do [M.D.] fiquei desesperado, [...] ele tendo uma doença mental podendo colocar a sua vida e/ou a de outros em risco. [...]” – Cfr. fls. 9, 11 e 12 dos autos;

7. Através de ofício datado de 18 de janeiro de 2016, o HFF dirigiu um pedido formal de desculpas ao reclamante e esclareceu que *“a equipa de Urgência despendeu todos os esforços possíveis para localizar o doente”* (cfr. fl. 10 dos autos).

8. Em resposta, no dia 21 de janeiro de 2016, o reclamante enviou uma mensagem de correio eletrónico ao HFF, a reiterar a sua indignação face ao sucedido, nos termos que se passam a transcrever:

“[...]”

Nas desculpas que me apresentam no que se refere ao «incómodo» que me causaram, lamento dizer-vos que a situação em causa, provocou em mim, e, em toda a sua família, não «incómodo» mas dor e receio pela vida do meu filho e/ou terceiros, pois andou durante 4 dias desaparecido, sem assistência médica, a vaguear, perdido, tendo a família e as forças de segurança, nomeadamente a PSP, onde foi feita a participação do seu desaparecimento, andado à sua procura, durante todos esses dias.

Lamento dizer-vos, mas «incómodo» não é a palavra que considero correcta para uma situação tão difícil como é a que está em causa.

Por outro lado, quando esclarecem na vossa carta, que, «a equipa de urgência despendeu todos os esforços possíveis para localizar o doente», neste caso o que tenho a dizer-vos é que a equipa de urgência foi negligente, deveria ter, isso sim, o cuidado de evitar, que o meu filho tivesse abandonado o hospital, pelo seu próprio pé, dado que, como foi diagnosticado pela própria Dr^a [V.T], o meu filho não se encontrava com todas as suas faculdades, dado que é doente esquizofrénico. Acresce o facto de ter sido informado por esta senhora (equipa de urgência que nesse dia se encontrava de serviço nesse hospital), que o meu filho ficaria no seu serviço e seria mais tarde encaminhado para a psiquiatria pela equipa em referência. [...]» – Cfr. fls. 11 a 14 dos autos;

9. No dia seguinte à ocorrência (portanto, em 12 de dezembro de 2015), o Sr. C.D. efetuou a participação do desaparecimento do seu filho, M.D., à Polícia de Segurança Pública. – Cfr. fl. 17 dos autos;

II.2. Das diligências instrutórias realizadas

II.2.1. Da consulta da informação pública disponibilizada no SRER da ERS

10. O HFF é titular do NIPC 503035416, tem sede no I.C. 19, na Amadora, e está inscrito no SRER da ERS sob o n.º 14712, explorando um estabelecimento prestador de cuidados de saúde hospitalares, que, por sua vez, está registado no mesmo sistema sob o n.º 107556 (cfr. fls. 20 e 21 dos autos).
11. Mais cumpre referir que o HFF dispõe de um serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC), cujo apoio de várias especialidades, como, por exemplo, psiquiatria, “*deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referência*” (cfr. a este propósito as disposições conjugadas do Despacho n.º 13427/2015 do Ministro da Saúde, e do Despacho n.º 10319/2014 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde).

II.2.2. Dos pedidos de elementos enviados ao prestador e das respostas por este concedidas

12. Ainda no âmbito do processo de avaliação n.º AV/193/2016, a ERS solicitou ao HFF os seguintes elementos:

- “1. *Pronúncia detalhada sobre o teor das exposições que estão na origem dos presentes autos, já juntas sob os Anexos I e II;*
2. *Informação sobre o diagnóstico/avaliação inicial do utente, no âmbito do episódio de urgência que teve início na noite do dia 11 de dezembro de 2015, com envio do respetivo suporte documental;*
3. *Composição da equipa médica que estava de serviço na urgência do HFF, na noite do dia 11 e na madrugada do dia 12 de dezembro de 2015, com informação sobre se estava integrado na escala médico psiquiatra ou sobre a sua eventual disponibilidade mediante chamada;*
4. *Informação sobre o procedimento de admissão seguido no serviço de urgência do HFF no caso de utentes que necessitem de cuidados de saúde psiquiátricos, com envio do respetivo suporte documental;*
5. *Informação sobre as medidas e/ou procedimentos de segurança e monitorização dos utentes com doenças do foro psiquiátrico eventualmente implementados no serviço de urgência do HFF, com envio do respetivo suporte documental;*
6. *Informação sobre eventuais medidas corretivas que tenham sido adotadas pelo HFF;*
7. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. fls. 22 a 37-A dos autos;*

13. Neste seguimento, o HFF veio aos autos informar o seguinte:

“[...]

Relativamente ao primeiro e segundo ponto cabe-nos esclarecer que foi dada indicação ao utente [M.D.] para permanecer na área de inalatórios para aguardar pela observação da especialidade de Psiquiatria que seria realizada no dia seguinte.

Apesar da sala de inalatórios ter vigilância pela equipa de enfermagem esta não é assegurada a todo o instante porque os Enfermeiros têm de cuidar de outros doentes na área adjacente ao espaço onde o doente se encontrava.

Reconhecemos que, apesar da vigilância, a área de [inalatórios] não garante a impossibilidade de abandono dos doentes, tendo em conta que os mesmos se

encontram com roupa da rua e estão em constante movimento pela urgência. Tratava-se de um doente não internado.

A alternativa seria internar o utente no serviço de observação, mas devido ao número excessivo de doentes neste serviço, tal opção não foi possível nesse dia.

O utente, não tendo ficado internado e devidamente espoliado (condição que reduz o risco de fuga, porque apenas têm vestido a bata do Hospital), conseguiu passar pelos seguranças da porta urgência e abandonou o hospital.

Junto segue em anexo 1 o boletim de Urgência do utente [M.D.] referente ao dia 11.12.2015.

Em resposta ao terceiro ponto esclarecemos que o serviço de urgência não possui a especialidade de Psiquiatria entre as 20h00 e as 08h00.

Junto segue em anexo 2, 3, 4 e 5 as escalas médicas de Psiquiatria, Balcões de Medicina e S.O.

Referente ao quarto e quinto pontos informamos que, o procedimento de encaminhamento interno de doentes no serviço de urgência, define quais os doentes, que conforme a patologia devem ser encaminhados da triagem para especialidade de psiquiatria. Definido no PR:1516 (anexo 6).

O período em que existe a especialidade de psiquiatria no serviço de urgência está definido no PR:617 (anexo 7).

Os utentes, no período em que existe a especialidade de psiquiatria são encaminhados para o gabinete 24 e é o médico psiquiatra que orienta posteriormente o doente no seu percurso no serviço de urgência.

Relativamente aos procedimentos de segurança e monitorização dos utentes com doenças do foro psiquiátrico, remetemos para o procedimento de vigilância dos utentes na área de observação de medicina é o PR:1488. (anexo 8).

Na sequência do solicitado no sexto ponto informamos que este hospital adoptou como medida correctiva a diminuição do número de macas no serviço de observação e a possibilidade de internar, estes utentes, para vigilâncias curtas neste serviço, evitando a situação aqui analisada.

Relativamente ao sétimo ponto, da parte deste hospital verifica-se uma sincera preocupação em assegurar o atendimento de quantos nos procuram e de acordo com os padrões de referência. [...].” – Cfr. fls. 38 a 92 dos autos;

14. Em anexo ao seu ofício de resposta, o HFF juntou cópia do diário clínico do episódio de urgência do utente M. D., à data com 37 anos, onde estão inseridos os seguintes registos médicos (cfr. fls. 40, 41 e 65 a 67 dos autos):

- **11/12/2015, às 21h18m**

“Doente com esquizofrenia paranoide, seguido na consulta de psiquiatria dra [S.J].

Segundo familiares terá suspenso medicação desde Agosto, porque refere não estar doente.

Os pais refere[m] que não têm conseguido que o doente seja avaliado pela psiquiatria porque recusa ir às consultas. Não ter[ão] procurado ajuda no CS.

Doente refere não estar doente e não necessitar de medicação, por isto terá suspenso a mesma.

[...]

Peço avaliação analítica que o doente só aceita fazer porque refere que quer doar sangue.

Falei com enfermeiros para deixar doente nos inalatórios, dado ter recusado ficar em maca, a aguardar avaliação pela psiquiatria amanhã.

Os pais aceitaram que o doente ficasse durante a noite. Referem não poder ficar porque terão que trabalhar amanhã, porém, disseram que vinham amanhã para [saber] do doente.”

- **11/12/2015, às 23h26m**

“Doente abandonou SURG

[Peço] AAM para procurar doente, AAM [...] não encontrou doente

Contacto PSP [...] para dar conhecimento.

Contacto vigilância do HFF para procurarem doente

Contacto chefe de equipa que tomou conhecimento da situação”

- **12/12/2015, às 00h00m**

“Doente não encontrado

Tem alta por abandono”.

15. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o HFF juntou também cópia dos seguintes procedimentos escritos:

(i) PR.1516/E.URGGER, referente ao encaminhamento interno de doentes no serviço de urgência geral, aprovado em 16 de dezembro de 2016¹ (cfr. fls. 46 a 50 e 76 a 84 dos autos);

(ii) PR.0617/E.URGGER, sobre o modo e horário em que é feita a consultadoria ao serviço de urgência por parte das especialidades que a ela dão apoio, aprovado em 25 de fevereiro de 2015 (cfr. fls. 51 a 53 e 85 a 91 dos autos);

(iii) PR.1488/E.URGGER, relativo à gestão e vigilância de utentes na área de observação de medicina, aprovado em 18 de novembro de 2015 (cfr. fls. 54 a 61 dos autos).

16. Com interesse para os presentes autos, no procedimento PR.1516/E.URGGER estabelece-se que *“O Serviço de Urgência Geral tem apoio presencial da equipa de Psiquiatria, no período compreendido entre as 8:00 horas às 20:00 horas. A partir das 20:00 horas o apoio é dado com recurso à Urgência Metropolitana de Lisboa.[²] Neste horário, o enfermeiro da triagem deve encaminhar o doente para o balcão de urgência de medicina para avaliação pelo médico que encaminhará o doente para avaliação por especialidade sempre que necessário de acordo com o protocolo estabelecido”* (cfr. fls. 46 a 50 e 76 a 84 dos autos).

17. Mais é fixada a seguinte sequência de atos:

“4.2. Sequência lógica dos procedimentos

a) *O enfermeiro no fim da triagem encaminha o doente para a área de atendimento atendendo à situação clínica;*

b) *O AAM acompanha ou transporta o doente em cadeira de rodas ou maca, para as áreas indicadas pelo enfermeiro da triagem.*

[...]

¹ Data posterior à data dos factos que estão em causa no presente processo.

² A mesma regra consta também do procedimento PR.0617/E.URGGER, nos seguintes termos: *“Entre as 8 e as 20 horas existe um Psiquiatra de Urgência em presença física. Fora desse horário sempre que necessário os doentes devem ser enviados para a Urgência Metropolitana de Lisboa”.*

4.2.5. Situações clínicas encaminhadas para o Balcão de Urgência de Medicina

[...]

j) Todos os doentes referenciados para a Medicina;

[...]

4.2.6. Situações clínicas encaminhadas para Psiquiatria

a) Ideação suicida;

b) Ideação de auto e/ou hétero-agressão;

c) Doentes com mandado de condução emitido pelas entidades judiciais;

d) Patologia psiquiátrica conhecida que apresenta agudização da doença;

e) Doentes referenciados para Psiquiatria. [...]” – Cfr. fls. 46 a 50 e 76 a 84 dos autos;

18. Posteriormente, já no âmbito do presente processo de inquérito, a ERS enviou um pedido de elementos adicional ao HFF, solicitando o seguinte:

“1. Informação sobre o motivo pelo qual o utente, [M.D.], não foi encaminhado para o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., no âmbito do funcionamento da Urgência Metropolitana de Lisboa;

2. Informação, documentalmente suportada, sobre se existem medidas e/ou procedimentos em vigor, no serviço de urgência do HFF, para avaliar a segurança e o risco de evasão dos utentes, que não estejam no pleno gozo das suas faculdades mentais, e, em caso de resposta afirmativa, informação sobre se, no caso concreto, os mesmos foram seguidos e em que moldes;

3. Informação sobre eventuais protocolos em vigor, no serviço de urgência do HFF, para casos de desaparecimento de utentes, com envio do respetivo suporte documental;

4. Informação, documentalmente suportada, sobre eventuais procedimentos em vigor, no HFF, 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, bem como informação sobre se, no caso concreto, os mesmos foram seguidos e em que termos;

5. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*” – Cfr. fls. 96 e 97 dos autos;

19. Em resposta, o HFF prestou as informações que se seguem:

“[...]

Ponto 1 - O utente [M.D.] não foi encaminhado para a Urgência Metropolitana de Lisboa, Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. por não cumprir os critérios de referência para a mesma (apenas devem ser consideradas situações emergentes).

Ponto 2 - Os doentes com risco de evasão no serviço de urgência geral são internados para controlo e vigilância. Este doente não evidenciou necessidade de contenção física nem mostrava vontade de se ausentar, estando acompanhado pela família que foi devidamente informada do longo tempo de espera³.

Ponto 3 - Junto se anexa cópia do procedimento PR 0607 "Actuação em caso de desaparecimento ou fuga de um utente".

Ponto 4 - Junto se anexa cópia do procedimento PR 0006 "Processo de notificação e gestão de ocorrências (clínicas e não clínicas). [...].” – Cfr. fls. 100 a 120 dos autos;

20. Em anexo ao ofício acima citado, o HFF juntou também cópia dos seguintes procedimentos escritos:

(i) PR.0607/T.GGR, referente à atuação em caso de desaparecimento ou fuga de um utente, aprovado em 12 de janeiro de 2015 (cfr. fls. 102 a 107 dos autos);

(ii) PR.0006/T.QUAL-GGR, relativo à notificação e gestão de ocorrências (clínicas e não clínicas), aprovado em 10 de maio de 2016⁴ (cfr. fls. 108 a 116 dos autos).

³ Neste ponto, cumpre mencionar que, de acordo com o registo constante do processo clínico do utente (cfr. fls. 40, 41 e 117 a 120 dos autos), bem como com a reclamação que está na génese dos autos (cfr. fl. 9 dos autos), quando, no decurso da primeira observação médica, tomaram conhecimento de que o filho deveria aguardar pela manhã do dia seguinte para ser visto por um psiquiatra, decidiram regressar a casa, não tendo ficado a acompanhá-lo durante a noite.

⁴ Data posterior à data da ocorrência que está na génese dos autos.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

21. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
22. Encontrando-se sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
23. O HFF, visado no presente processo, 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, conforme indicado *supra*.
24. Segundo o disposto na alínea b) do 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 à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como à proteção dos demais direitos e interesses legítimos dos utentes.
25. De tal forma que as atribuições *supra* enunciadas encontram-se expressamente incluídas no elenco dos objetivos regulatórios da ERS (cfr. alíneas b) a d) do artigo 10.º do seu diploma estatutário).
26. Objetivos esses que são depois concretizados, nos respetivos Estatutos, em competências próprias desta Entidade Reguladora, como sejam a competência consagrada na alínea a) do artigo 12.º, a propósito das garantias de acesso dos utentes aos cuidados de saúde; as competências previstas nas alíneas a) e b) do artigo 13.º, para defesa dos direitos dos utentes; e, bem assim, a competência descrita na alínea c) do artigo 14.º, em matéria de garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade.

27. Acresce ainda referir que a ERS pode assegurar a prossecução das suas incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições, e emitindo ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes (cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS).
28. Ora, considerando o enquadramento factual exposto *supra* e atendendo às atribuições e competências da ERS, importa aferir se, no caso concreto, foi respeitado o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança, em contexto de urgência, bem como se o referido direito está assegurado, em geral, para todos os (potenciais) utentes do HFF.

III.2. Do funcionamento da Urgência Metropolitana de Lisboa

29. Em 2012, no âmbito da Reforma Hospitalar, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, deu-se início, entre outras diligências, a um procedimento de reorganização das urgências hospitalares na Área Metropolitana de Lisboa, no período noturno (entre as 20h00m e as 8h00m).
30. Tal procedimento, que acabou por desembocar na criação da Urgência Metropolitana de Lisboa (doravante UML) tal como é hoje conhecida, esteve a cargo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (doravante ARS LVT), que, conforme as restantes quatro Administrações Regionais de Saúde existentes no país, tem um papel fundamental na estruturação e organização do SNS nas áreas geográficas sob sua influência e, *in extremis*, na definição dos pontos de oferta, ou redes, de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde diferenciados.
31. Com efeito, nos termos do preceituado no n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro⁵, à ARS LVT compete garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde,

⁵ O Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, aprovou a Lei Orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I.P.

adequando os recursos disponíveis às necessidades, bem como cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde nessa mesma área;

32. Mais lhe compete, de acordo com o disposto na alínea n) do n.º 2 do mesmo artigo, assegurar a adequada articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de modo a garantir o cumprimento da rede de referência.
33. O principal propósito do procedimento de reorganização das urgências hospitalares noturnas, na Área Metropolitana de Lisboa, foi ajudar os Centros Hospitalares e Hospitais desta região, sob gestão pública, responsáveis por assegurarem a manutenção de urgências médico-cirúrgicas (SUMC) ou polivalentes (SUP), a enfrentarem as crescentes dificuldades sentidas na manutenção de uma oferta permanente de apoio aos utentes da sua área de influência, devido à escassez de recursos humanos⁶.
34. Sem prejuízo, em relação à criação da UML, a ARS LVT elencou expressamente os seguintes objetivos gerais:

“- Criar condições para a concentração de recursos humanos/especialistas médicos e utilização partilhada dos recursos disponíveis nos Serviços de Urgência Polivalente (SUP) da ARSLVT.

- Concentrar especialidades mais diferenciadas num pólo ou dois pólos de SUP em Lisboa, à noite, nomeadamente nos CHLN [Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.] e CHLC [Centro Hospitalar Lisboa Centro, E.P.E.].

- Privilegiar a deslocação dos profissionais em detrimento da deslocação dos doentes sempre que possível e tecnicamente adequado.

- Considerar não apenas os recursos disponíveis mas também o impacte a jusante dessa colaboração de recursos humanos/especialistas médicos, nomeadamente no que diz respeito ao apoio a outras atividades da rede de urgência e atividades programadas.

- Minimizar o recurso a horas extraordinárias ou de prevenção nas escalas/equipas dos Serviços de Urgência.

- Favorecer a implementação de um modelo de equipas fixas na Urgência.

⁶ Cfr. documento da ARS LVT, intitulado “Urgência Metropolitana de Lisboa”, datado de 18 de julho de 2013, e disponível para consulta em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/43511E66-06CF-43E7-9640-16ACF7C4BA25/0/UrgenciaMetropolitanaLVTrelatorio.pdf>.

- Promover uma boa comunicação e articulação (reforçada) com os Serviços do INEM, no sentido de haver uma adequada referência das situações emergentes/urgentes.”⁷

35. No que concerne à sua organização ou modo de funcionamento, desde 1 de julho de 2014, a UML dispõe de dois pólos fixos permanentes – um no CHLN e outro no CHLC – para as especialidades de oftalmologia, psiquiatria, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia plástica, cirurgia maxilo-facial e cirurgia vascular, que são simultaneamente dois centros de trauma da região de Lisboa e Vale do Tejo.
36. Os sobreditos pólos asseguram, em exclusivo, os episódios de urgência das mencionadas especialidades no período noturno (das 20h00m às 08h00m), sendo auxiliados pelos restantes serviços de urgência da região, no período diurno (portanto, entre as 08h00m e as 20h00m)⁸.
37. Em relação aos critérios de referência em vigor na UML, e com relevo para a situação *sub judice*, cumpre referir que, no período noturno, o serviço de urgência do HFF (SUMC) deve referenciar para o serviço de urgência do CHLN (SUP) os utentes que necessitem de ser observados pelas especialidades incluídas em tal sistema organizativo.
38. A referida regra está, aliás, vertida nos procedimentos internos do HFF PR.1516/E.URGGER e PR.0617/E.URGGER, onde, designadamente quanto à especialidade de psiquiatria, se estabelece que “Entre as 8 e as 20 horas existe um Psiquiatra de Urgência em presença física. Fora desse horário sempre que necessário os doentes devem ser enviados para a Urgência Metropolitana de Lisboa”.

III.3. 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

39. 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.

⁷ *Ibidem*.

⁸ In <http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1542/20 - UML.pdf>.

40. Com efeito, a importância do bem jurídico tutelado imprime uma gravidade excepcional à prestação de cuidados de saúde em condições inadequadas.
41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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 dos cuidados de saúde serem prestados *“pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*.
45. Necessidade essa que corresponde a um específico direito dos utentes, que está, desde logo, previsto na alínea c) do n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde (doravante LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e que foi, mais recentemente, densificado no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
46. Efetivamente, aquela 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).
47. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
48. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.

49. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente⁹, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
50. 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*”.
51. 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.
52. Por outro lado, 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).
53. 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*”.
54. Para além destas exigências, os prestadores de cuidados de saúde devem ainda assegurar e fazer cumprir um conjunto de procedimentos que tenham por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de quaisquer incidentes e eventos adversos, que possam afetar os direitos e interesses legítimos dos utentes.
55. 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 Adversos¹⁰, bem como a Norma da

⁹ Vide ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”.

¹⁰ 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>.

DGS n.º 015/2014, de 25 de setembro de 2014, que cria o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA¹¹.

56. 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.
57. 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. [...]”*

58. 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:*

¹¹ A Norma da DGS n.º 015/2014, de 25 de setembro de 2014, procurou reconfigurar e melhorar a estrutura e organização de conteúdos do antigo Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), e pode ser consultada em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>.

- a. *conter os seus nomes completos, endereços eletrónicos e contactos telefónicos profissionais;*
 - b. *serem dirigidos ao endereço notifica@dgs.pt.*
3. *O gestor local ou o seu substituto ficam, obrigados a garantir:*
 - a. *que o acesso à sua página pessoal no NOTIFICA é intransmissível;*
 - b. *reporte periódico à administração da instituição;*
 - c. *o respeito e o cumprimento dos procedimentos previsto no “Manual do Gestor local”, disponível na página www.dgs.pt.*
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.4. Da análise do caso concreto

59. A reclamação que está na génese do presente processo foi apresentada, contra o HFF, por C.D., na qualidade de pai do utente M.D., numa altura em que este esteve desaparecido, após ter abandonado o serviço de urgência do prestador visado (cfr. fls. 9 e 14 a 17 dos autos).
60. Concretamente, o reclamante alega que, no dia 11 de dezembro de 2015, por volta das 20h15m, acompanhou o seu filho, anteriormente diagnosticado com esquizofrenia, ao serviço de urgência do HFF, porquanto aquele “*mostrava uma atitude diferente do normal e uma certa ansiedade e descompensação*”, sendo que se recusava ir às consultas de psiquiatria e tinha deixado de tomar a medicação habitual em agosto (cfr. também a informação registada no processo clínico do utente, a fls. 40, 41 e 117 a 120 dos autos).
61. Na medida em que, após as 20h00m, o serviço de urgência do HFF (SMUC) não dispõe do apoio da especialidade de psiquiatria, depois da primeira observação médica, foi decidido que o utente deveria aguardar, no serviço em questão, até às 8h00m do dia seguinte, para ser avaliado por um médico psiquiatra.
62. O reclamante terá entendido que o seu filho ficaria provisoriamente internado no serviço de urgência até ser visto pelo psiquiatra, e terá regressado a casa.
63. Porém, de acordo com os registos constantes do processo clínico, por volta das 23h15m, os profissionais de saúde ter-se-ão apercebido que o utente não estava no serviço de urgência, sendo que as diligências encetadas para o encontrar se revelaram infrutíferas.
64. Assim, cerca das 00h35m do dia 12 de dezembro de 2015, o reclamante foi contactado por um agente da PSP que o informou sobre o sucedido.
65. Os factos descritos *supra* não mereceram contestação por parte do HFF, que, na primeira resposta enviada à ERS, reconheceu, aliás, os seguintes constrangimentos:

“[...]

Apesar da sala de inalatórios [onde foi dada indicação ao utente M.D. para permanecer] ter vigilância pela equipa de enfermeiros esta não é assegurada a todo o instante porque os Enfermeiros têm de cuidar de outros doentes na área adjacente ao espaço onde o doente se encontrava.

Reconhecemos que, apesar da vigilância, a área de [inalatórios] não garante a impossibilidade de abandono dos doentes, tendo em conta que os mesmos se encontram com roupa de rua e estão em constante movimento pela urgência. Tratava-se de um doente não internado.

A alternativa seria internar o utente no serviço de observação, mas devido ao número excessivo de doentes neste serviço, tal opção não foi possível nesse dia.” – Cfr. fl. 39 dos autos;

66. Conforme *supra* referido, o HFF integra a UML, pelo que, estando em causa a necessidade de avaliação por especialidades mais diferenciadas, como psiquiatria, que não prestam apoio ao serviço de urgência em determinados períodos, os utentes devem, em princípio, ser encaminhados para o serviço de urgência do CHLN.
67. Só dessa forma é possível garantir o direito de acesso dos utentes a cuidados de saúde adequados e com qualidade, em tempo útil, com respeito pela dignidade da pessoa humana.
68. Ademais, o cumprimento das regras de referenciação é também importante para assegurar o funcionamento do serviço de urgência do HFF sem entropias.
69. Recorde-se, aliás, que tal procedimento de referenciação está inclusive vertido nos procedimentos internos do HFF n.º PR.1516/E.URGGER e n.º PR.0617/E.URGGER juntos aos autos (cfr. fls. 76 a 91 dos autos).
70. No entanto, na situação *sub judice*, foi decidido que o utente poderia aguardar, cerca de 11 horas, no serviço de urgência, pela avaliação de um psiquiatra, com a justificação de que o seu caso não seria emergente (cfr. fl. 101 dos autos).
71. Assim, não tendo sido feita a referenciação do utente para o CHLN, nem lhe tendo sido dada alta, o prestador assumiu a responsabilidade pela monitorização do estado de saúde do mesmo e pela sua vigilância.
72. No procedimento interno n.º PR 0607/T.GGR, o prestador evoca o dever de vigilância, em geral, estabelecendo que “o Hospital deve prevenir situações de vigilância negligente, nomeadamente no que se refere a utentes com

necessidades especiais, idosos, puérperas, recém-nascidos, crianças e outros utentes menores de idade” (cfr. fls. 102 a 107 dos autos).

73. Sucede, porém, que, no caso concreto, tais incumbências não foram corretamente exercidas pelo prestador não tendo sido acautelado o devido acompanhamento do utente, durante todo o episódio de urgência, nem, por conseguinte, a sua permanente e efetiva monitorização clínica.
74. Com efeito, o próprio HFF reconhece que o utente não foi internado no serviço de observação, e, conseqüentemente, espoliado, porque “[...] *devido ao número excessivo de doentes [nesse] serviço, tal opção não foi possível nesse dia*” (cfr. fl. 62 dos autos).
75. Pelo contrário, ao utente terá sido dito que devia permanecer na sala de inalatórios, onde havia apenas um enfermeiro responsável pela vigilância de todos os utentes que aí se encontravam (cfr. procedimento interno do HFF n.º PR.1488/E.URGGER, junto aos autos a fls. 54 a 61).
76. Acontece que o utente acabou por abandonar o serviço de urgência, no período compreendido entre as 21h18m (hora do último registo médico no processo clínico) e as 23h21m (hora da primeira referência ao abandono no processo clínico), sem que nenhum funcionário do estabelecimento de saúde se tenha apercebido, e esteve em paradeiro incerto durante alguns dias.
77. Conclui-se, assim, que os procedimentos assistenciais empregues no serviço de urgência do HFF não foram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos do utente M.D., o que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde.
78. No âmbito dos presentes autos, o HFF também não demonstrou deter um procedimento interno, devidamente estruturado e implementado, para avaliação do risco de abandono do serviço de urgência e prevenção do mesmo, o que deve ser providenciado, na medida em que o abandono, pela inerente quebra na prestação de cuidados de saúde, pode representar perigo para o próprio e/ou para terceiros.
79. Cumprindo aqui clarificar que o abandono de um estabelecimento de saúde é diferente da saída contra parecer médico.
80. Efetivamente, o termo “*abandono*” é usualmente utilizado quando o utente sai das instalações do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, por livre vontade,

sem comunicar a ninguém, não sendo, muitas vezes possível, determinar a hora precisa da saída;

81. Já a expressão “*saída contra parecer médico*”¹² é habitualmente usada quando o utente sai do estabelecimento prestador de cuidados contra a indicação expressa do médico, assumindo claramente a responsabilidade por eventuais vicissitudes que se seguirem, havendo, por regra, um registo no processo clínico do utente devidamente balizado no tempo.
82. Sem prejuízo do exposto, no decurso do processo de inquérito, o HFF comprovou que dispunha de um procedimento interno de atuação em caso de desaparecimento ou fuga de um utente (cfr. PR.0607/T.GGR, junto aos autos a fls. 102 a 107 dos autos), que foi seguido no caso *sub judice*.
83. Mais demonstrou o HFF ter adotado, pelo menos em 10 de maio de 2016 (portanto, em data posterior aos factos que estão na origem destes autos), um procedimento interno de notificação e gestão de ocorrências, que supostamente tem como uma das “*referências de suporte*” a Norma da DGS n.º 015/2014 que cria o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA (cfr. PR.0006/T.QUAL-GGR, junto aos autos a fls. 108 a 116).
84. No entanto, analisado o referido procedimento, verifica-se que não está prevista a comunicação das ditas “*ocorrências*”, internamente detetadas, à DGS, no âmbito do sistema NOTIFICA, conforme imposto pela sobredita Norma, o que deve ser corrigido.
85. No seguimento de todo o exposto, e pelos fundamentos acima descritos, justifica-se a adoção da atuação regulatória delineada *infra*.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

86. 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 reclamante C.D. e o HFF, ambos por ofícios datados de 17 de agosto de 2017 (cfr. fls. 133 a 136 dos autos).

¹² Cfr. a definição constante do Instituto Nacional de Estatística, em <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/2001>.

87. Decorrido o prazo legal concedido para o efeito, apenas o reclamante veio aos autos pronunciar-se, tendo feito um reparo relativamente a um lapso cometido na indicação do nome do seu filho, o qual foi já corrigido (cfr. fls. 137 dos autos).
88. Assim, o teor do projeto de deliberação da ERS deve ser integralmente mantido.

V. DECISÃO

89. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Hospital Fernando Fonseca, E.P.E., nos seguintes termos:

- (i) Deve 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) Deve adotar as medidas e/ou procedimentos que se revelem aptos para assegurar que, durante a permanência no serviço de urgência, os utentes 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;
- (iii) Deve implementar um procedimento interno para avaliação do risco de abandono do serviço de urgência por parte dos utentes e para prevenção do mesmo, sempre que esse abandono possa representar perigo para o próprio e/ou para terceiros, pela inerente quebra na prestação de cuidados de saúde;
- (iv) Deve cumprir as normas e orientações em vigor, a cada momento, sobre incidentes e eventos adversos, bem como notificá-los ao(s) organismo(s) com competência para fazer a respetiva análise e monitorização;
- (v) Nesse sentido, deve corrigir o procedimento interno n.º PR.0006/T.QUAL-GGR, aprovado em 10 de maio de 2016, relativo à notificação e gestão de ocorrências (clínicas e não clínicas), passando a prever expressamente a comunicação das ditas “ocorrências” à Direção-

Geral de Saúde (DGS), em cumprimento da Norma da DGS n.º 015/2014 que cria o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA;

(vi) Deve 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;

(vii) Deve dar cumprimento imediato à instrução emitida, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, das medidas e/ou procedimentos por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores.

90. A instrução emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos seus Estatutos configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] 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*”.

Porto, 21 de setembro de 2017.

O Conselho de Administração.