

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/131/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 2 de agosto 2018, de uma reclamação subscrita por M.F., visando a atuação do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL), entidade prestadora de cuidados de saúde registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 21485.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/61195/2018, a exponente alega, em suma, que se verificou uma troca na identificação de utentes, aquando da triagem, o que teria levado à realização de cuidados de saúde diferentes daqueles que o utente J.F., seu pai, necessitava.
3. Para uma averiguação preliminar dos factos enunciados pela exponente, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, em 30 de agosto de 2018, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/164/2018.
4. No entanto, 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 6 de setembro de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito,

registado internamente sob o n.º ERS/131/2018, com o intuito de averiguar a existência e cumprimento pelos profissionais ao serviço do prestador, de procedimentos para correta identificação de utentes para prestação de cuidados de saúde em contexto de serviço de urgência, em respeito pelo direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como a existência e cumprimento de procedimentos de registo de eventos adversos adequados às normas em vigor.

I.2. Diligências

5. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL), constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no SRER da ERS;
 - (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente em 10 de setembro de 2018;
 - (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao CHL em 10 de setembro de 2018, e análise da resposta datada de 2 de outubro de 2018.

II. DOS FACTOS

6. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação:

“[...]”

No dia 11 Set. 2017, o meu pai J.F. veio a este hospital numa situação de urgência para colocar uma PEG, por a que tinha ter sido arrancada da barriga. Às 11:14h recebi uma chamada a dar-lhe alta. Eu estava na sala de espera e prontamente contactei os bombeiros de Mira de Aire que o vieram buscar e o levaram a casa. Já em casa, constatámos, com espanto, que não o poderíamos alimentar, pois a PEG não tinha sido colocada, só lá estava o buraco aberto na barriga e algum sangue na roupa. Ao abrirmos a carta dirigida ao médico de família, com mais espanto ainda, ficámos a saber que afinal o meu pai foi fazer um RX à anca por suposta fratura da bacia. Inclusivamente ele teria uma prótese, que estranhamente ninguém percebeu que não aparecia no RX. Contactado o INEM, o meu pai foi novamente encaminhado para o hospital e agora, sim, para o sítio correto (espero que o outro doente, o que fraturou a bacia não tenha levado uma PEG). [...].”

7. Em resposta à referida reclamação, o CHL remeteu à reclamante, em 15 de junho de 2018, os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *“Auditámos internamente, como superiormente nos é exigido, os factos ocorridos no Serviço de Urgência do HSA, e suportados nos registos e datas decorrentes da análise do processo clínico, constatámos o seguinte:*

- *O Utente J.F. foi admitido no dia 11/09/2017, trazido pelos Bombeiros de Porto de Mós;*
- *Foi triado, às 10:22h, com prioridade “Amarelo” – urgente e encaminhado para observação pelo médico Ortopedista.*
- *A triagem foi feita sem a presença de acompanhante (familiar/ cuidador);*
- *A queixa de apresentação foi transmitida ao enfermeiro do posto de triagem pelo técnico de ambulância que acompanhava o doente;*
- *Segundo procedimentos relacionados com a queixa de apresentação o doente teve alta nesse mesmo dia às 11:05h;*
- *O utente dá novamente entrada no SU, nesse mesmo dia, às 14:23h acompanhado por equipa do INEM;*
- *Foi triado às 14:33h, prioridade branca, com orientação para médico generalista;*
- *Foi observado pelo gastroenterologista tendo tido alta nesse mesmo dia às 15:49h.*

Conclusão:

Durante o período descrito na primeira vinda do doente ao SU são desenvolvidos todos os procedimentos/observações relacionadas com a queixa de apresentação registada na triagem. Verificou-se uma inexactidão relacionada com a informação recebida no momento da triagem que desencadeou a situação relatada na exposição em apreço. [...]

Deste modo, lamentamos o ocorrido, entendendo e valorizando as queixas manifestadas.”

2. *“Doente observado no SU tendo sido tratado por dor na anca.*

Foi observado e radiografado por suspeita de traumatismo.

O RX apresentava-se normal, pelo que teve alta da parte do serviço de ortopedia.” [...].”

8. Nessa senda, foi enviado um pedido de elementos ao CHL, por ofício datado de 10 de setembro de 2018, concretamente solicitando:

“[...]”

- (i) *Explicitação das circunstâncias concretas subjacentes à ocorrência em análise com envio do relatório do respetivo episódio de urgência;*

- (ii) *Indiquem, juntando os documentos pertinentes, quais os procedimentos em vigor no Centro Hospitalar de Leiria E.P.E., para a identificação de utentes atendidos no serviço de urgência; e mais concretamente,*
 - (iii) *Indiquem, juntando os documentos pertinentes, quais os procedimentos em vigor para o registo e comunicação de eventos adversos;*
 - (iv) *Identifiquem, em concreto e juntando todos os documentos respetivos, que medidas foram efetivamente tomadas na sequência dos factos em análise;*
 - (v) *Informem, juntando os documentos que entendam pertinentes, se, na sequência do evento em apreço, foi dado cumprimento à Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos;*
 - (vi) *Informem, juntando os documentos que entendam pertinentes, se, na sequência do evento em apreço, foi dado cumprimento à Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2014, referente ao Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. [...]”.*
9. Assim, veio o CHL, por ofício datado de 2 de outubro de 2018, remeter os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

Reportando-nos ao ofício V. Referência, relativo ao processo em epígrafe, somos a informar V.Ex.ª dos esclarecimentos prestados pela Sra. Diretora do Serviço de Urgência do CHL:

"Ponto 1) - Explicação das circunstâncias concretas subjacentes à ocorrência em análise:

O utente, J.F., de 84 anos, deu entrada no serviço de Urgência Geral do CHL, no dia 11 de setembro de 2017 às 10:05. A inscrição do utente foi feita pela Técnica do Serviço de Admissão de doentes do SUG obedecendo aos pressupostos emanados no manual de admissão (MA.HSA.013) (ANEXO I) aprovado pelo Conselho de Administração em 2009/10/30 com última atualização a 2010/10/28.

Foi chamado ao gabinete de triagem pela enfermeira escalada nesse posto de trabalho. Dando cumprimento ao PI.CHL.047 (ANEXO II) aprovado pelo Conselho de administração no dia 2008/02/12 com última atualização a 2015/08/05, efetuou a dupla verificação da identidade perguntando o nome completo e data de nascimento.

Uma vez que o doente não comunicava e, na ausência de outro acompanhante, o técnico de ambulância que efetuou o transporte validou os dados necessários para a correta identificação do doente baseado nos dados e documentos fornecidos pelo familiar no domicílio do mesmo.

O doente foi triado com base na queixa apresentada pelo técnico de ambulância não existindo, da parte do utente em causa, qualquer manifestação verbal sobre o motivo de vinda ao SUG. Os dados necessários para avaliação dos parâmetros necessários à triagem foram respeitados tendo

sido definido uma prioridade "urgente" baseada no aparente desconforto e fácies interpretados como sendo reveladores de dor.

Seguindo o definido pela direção de serviço o doente foi encaminhado, após mudar para uma maca do serviço, para observação por ortopedia.

Após a realização de MCDTs considerados necessários para o esclarecimento de danos relacionados com a vinda do doente ao SUG e considerando a ausência de lesões foi dado alta ao doente seguindo os procedimentos definidos para o efeito.

A identificação do doente antes da realização de MCDTs obedece às normas já referenciadas acima (PI.CHL.047). Nesta situação, a validação dos dados necessários para a dupla identificação do doente é feita baseando-se nos dados impressos na etiqueta de identificação que se encontra na pulseira com a cor da prioridade atribuída na triagem.

Durante a permanência do doente no SUG não foi feito, por parte do familiar qualquer contacto com a equipa multidisciplinar no sentido de acompanhar ou receber informações relacionados com a situação do utente.

Ao ser informada da alta do doente, o familiar procedeu às diligências necessárias para garantir o transporte do doente para o domicílio. A saída do doente do serviço obedeceu às orientações definidas na IT.CHL.094 (ANEXO III) (Mudança de Maca na Admissão e Alta dos Doentes no Serviço de Urgência Geral),

"Ponto 2) *Procedimentos para identificação dos utentes atendidos no serviço urgência:*

- MA.HSA.013 "Admissão de doente" Aprovado pelo Conselho de Administração em 2009/10/30 com última atualização a 2010/10/28;

- PI. CHL 047 "Identificação de doentes" Aprovado pelo Conselho de administração no dia 2008/02/12 com última atualização a 2015/08/05;

- IT.CHL.094 "Mudança de Maca na Admissão e Alta dos Doentes no Serviço de Urgência Geral" Aprovado pelo Conselho de administração no dia 2012/04/20 com última atualização a 2012/05/05;

Estes documentos identificam os momentos vulneráveis da identificação do doente no momento da admissão ao serviço, nos momentos decisivos para o tratamento do mesmo bem como na alta do serviço estando em conformidade com as orientações emanadas pela DGS, (018/2011) de 23/05/2011.

Ponto 3) *- Procedimentos em vigor para o registo e comunicação de eventos adversos:*

Desde o ano de 2006 que o CHL implementou um sistema de notificação de incidentes (Participação de acontecimento indesejável - PAI) (ANEXO IV), inicialmente em formato de papel, passando em 2010 para o formato digital com recurso a plataforma HER+ (Health Event & Risk Management).

Em caso de falha do sistema informático deve ser preenchido o Mod. DO 329 Participação e Prevenção de Acontecimentos Indesejáveis, disponível na intranet.

Para regulamentar os mecanismos a desencadear na presença de ocorrências inerentes ao risco clínico e não-clínico e das situações indesejáveis, ou de não-conformidade, que se verificam no quotidiano do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E foi elaborado o PI.CHL.007 (ANEXO V), aprovado pelo Conselho de Administração em 2006/12/13 com a última atualização em 2018/01/17.

As notificações de risco clínico são avaliadas pelo Gabinete de Gestão de Risco Clínico; incluindo as tipologias de "qualidade do atendimento" e "sistema de informação".

As notificações de risco não-clínico são monitorizadas pelo Gabinete de Gestão de Risco Não-Clínico, incluindo a tipologia de "Hotelaria". Os dois gabinetes trabalham em conjunto e podem transferir a incumbência das participações mediante o teor do assunto.

Os elementos dos Gabinetes de risco clínico e não clínico são nomeados e divulgados por circular informativa. A última reformulação (circular informativa nº41) data de 2018/04/19.

O Plano "Melhoria da qualidade e segurança do doente" (PLN.CHL012) (ANEXO VI) aprovado pelo Conselho de Administração em 2011/05/26 com ultima atualização a 2015/08/05, descreve o Programa de Gestão da Qualidade e Segurança do Utente do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E definindo o âmbito de ação, regulamentação e funcionamento do Gabinete de risco e competências do gestor de risco clínico.

O Gestor de Risco Clínico, o Coordenador do Gabinete do Cidadão e o Presidente da Comissão de Humanização, reúnem mensalmente para analisar o teor das reclamações dos utentes, formalizando propostas de melhoria (PI.CHL.016.05 - Tratamento de exposições aprovado pelo Conselho de Administração em 2007/06/12 com ultima atualização a 2018/01/17 (ANEXO VII)

- *Procedimentos em vigor para registo e comunicação de eventos adversos*

O acesso à aplicação é feito através da Intranet, acedendo ao Menu "NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES".

O profissional poderá optar por fazer a participação anonimamente exceto na participação dos eventos sentinela.

- *Identificação das medidas tomadas na sequência dos factos em análise*

A instituição tem conhecimento dos eventos indesejados por notificação na plataforma HER+, na plataforma NOTIFICA ou através das exposições / reclamações que dão entrada no gabinete do Cidadão.

Após a entrada da reclamação em apreço foram desencadeados os pressupostos emanados nos documentos acima referenciados envolvendo os gestores de risco, direção de serviço, os intervenientes e UFQ.

Foram avaliadas as falhas do processo, ficando claro que o doente foi corretamente identificado nas várias fases do seu percurso no SUG, reforçando junto da equipa a importância de acompanhantes estarem presente durante a triagem bem do seu envolvimento no plano de tratamentos quando o doente pede o envolvimento do acompanhante ou se encontra numa situação de vulnerabilidade.

Atendendo à análise efetuada e à implementação das medidas preventivas instituídas junto dos profissionais do serviço, não foi operacionalizada nenhuma notificação em nenhuma das plataformas disponíveis.

Importa referir, que todas as reclamações consideradas relevantes durante a análise efetuada para responder ao exponente bem como as notificações efetuadas na plataforma HER+ são transpostas pelo gestor de risco na plataforma NOTIFICA.

- *Informar dos procedimentos que dão cumprimento à Orientação da DGS n.º 11/2012*

Para dar resposta ao exponente e, [...], identificar pontos frágeis no percurso do doente no SUG foram analisados os vários documentos disponíveis bem como promovido a discussão sobre o sucedido com os vários intervenientes.

Os procedimentos que dão cumprimento à orientação da DGS 11/2012 foram elaborados também de forma a dar cumprimento à norma da DGS nº 15/2014 e encontram-se referidos no ponto seguinte.

- *Informar dos procedimentos que dão cumprimento à norma DGS nº 015/2014*

O Plano "Melhoria da qualidade e segurança do doente" (PLN.CHL012) aprovado pelo Conselho de Administração em 2011/05/26 com ultima atualização a 2015/08/05, descreve o Programa de Gestão da Qualidade e Segurança do Utente do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E definindo o âmbito de ação, regulamentação e funcionamento do Gabinete de risco e competências do gestor de risco clínico.

O Gestor de Risco Clínico, o Coordenador do Gabinete do Cidadão e o Presidente da Comissão e Humanização, reúnem mensalmente para analisar o teor das reclamações dos utentes, formalizando propostas de melhoria (PI.CHL.016.05 - Tratamento de exposições aprovado pelo Conselho de Administração em 2007/06/12 com ultima atualização a 2018/01/17).

Na circular informativa nº 62 de 2013/06/03 (ANEXO VIII) procedeu-se a nomeação do gestor local, que se mantém até à data, dando cumprimento à norma nº 8/2013 de 15 de maio da DGS aquando da implementação da plataforma cedida pelo Ministérios da saúde (SNNIEA) agora chamada de NOTIFICA. [...]"

10. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o prestador juntou aos autos os seguintes documentos:
 - i. Verbete de justificação de transporte em ambulância dos Bombeiros Voluntários de Mira de Aire, de 11 de setembro de 2017;

- ii. Manual de *Admissão de Doentes*, datado de 30 de outubro de 2008;
- iii. Procedimento de *Identificação de Doentes*, datado de 28 de março de 2008;
- iv. Instrução de Trabalho para *Mudança de Maca no Serviço de Urgência Geral*, datado de 3 de maio de 2012;
- v. Formulário de *Participação e Prevenção de Acontecimentos Indesejáveis*;
- vi. Procedimento de *Notificação de Incidentes*, datado de 13 de dezembro de 2006;
- vii. Plano de *Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente*, datado de 26 de maio de 2011;
- viii. Procedimento de *Tratamento de Exposições*, datado de 12 de junho de 2007;
- ix. Circular Informativa sobre o *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*, datada de 3 de junho de 2013.

11. Do Manual de *Admissão de Doentes*, datado de 30 de outubro de 2008, consta, no que para os presentes autos importa relevar, o seguinte:

“[...]”

2 — Primeira vinda do utente ao Hospital:

Proceder à correta e completa identificação dos utentes, solicitando-lhes a seguinte documentação: Cartão Nacional de Utente, Bilhete de Identidade ou cartão de cidadão (é exigível um documento com fotografia), Cartão de Beneficiário de Subsistema de Saúde,

[...]

a) Quando o utente não possui a documentação mencionada em a):

Proceder à inscrição do utente recolhendo a informação, tão completa quanto possível, socorrendo-se de outro tipo de documentação de que o utente seja portador e/ou de informação colhida junto de acompanhante ou familiar do utente. [...]

12. Por sua vez, do Procedimento de *Identificação de Doentes*, datado de 28 de março de 2008, consta, com interesse para os presentes autos, que:

“[...]”

9. IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE NAS URGÊNCIAS E NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

9.1 Todos os doentes têm direito a um acompanhante;

[...]

9.3 O Enfermeiro durante a triagem e no acolhimento da Cirurgia de Ambulatório identifica o acompanhante:

[...]

9.3.3 *Quando a situação clínica do doente não permite a sua escolha, a pessoa que se apresente como tal, tem que informar o seu grau de parentesco ou da relação com o doente, que se escreve na pulseira do acompanhante;*

[...]

9.3.5 *Quando o familiar/cuidador chega ao Serviço de Urgência após a triagem e se apresenta como acompanhante do doente, procede-se do seguinte modo:*

a) *Os doentes com capacidade de decisão confirmam que desejam estar acompanhados pela pessoa que o solicitou;*

b) *Se a situação clínica do doente não permite a sua escolha, é solicitada identificação e grau de parentesco ou da relação com o doente, do acompanhante,*

c) *É realizada a impressão de etiqueta, cola-se na pulseira cinza e escreve-se o grau de parentesco do acompanhante junto à etiqueta.*

d) *O nome do acompanhante fica registado no Sistema Informático de Gestão de Acompanhantes; [...].*

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

13. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
14. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
15. Consequentemente, o Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL), está sujeito à regulação da ERS, encontrando-se inscrito no SRER da ERS sob o n.º 21485.
16. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, “[à] garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e “[à] prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”.
17. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas a), c) e d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, “assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos

prestadores de cuidados de saúde”; “garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”.

18. No que toca à alínea a) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 11.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento”.*
19. Já no que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS *“apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas”.*
20. Finalmente, e a propósito do objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS *“garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade”.*
21. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
22. No caso em apreço, importa à ERS aferir se os procedimentos adotados pelo CHL, no que respeita à correta identificação de utentes, para a prestação de cuidados de saúde em contexto de serviço de urgência, respeitam o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade e à informação, bem como, se os procedimentos de prevenção de ocorrência de erros e registo de eventos adversos são cumpridos e se se adequam às normas em vigor.

III.2. Dos direitos e interesses legítimos dos utentes

23. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação de cuidados de saúde, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente no sector da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.
24. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem os interesses nem os direitos dos utentes.

25. Sobretudo, importa ter em consideração que a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e utentes reduz a capacidade destes últimos de perceberem e avaliarem o seu estado de saúde, bem como, a qualidade e adequação dos serviços que lhe são prestados.
26. Além disso, a importância do bem em causa (a saúde do doente) imprime uma gravidade excepcional à prestação de cuidados em situação de falta de condições adequadas.
27. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde devem ser considerados, seja do ponto de vista do risco clínico, seja do risco não clínico.
28. No que concerne ao risco não clínico, refira-se que os requisitos de qualidade e segurança no âmbito dos meios complementares de diagnóstico encontram-se igualmente definidos, assegurando uma apropriada organização, técnica e procedimental.
29. Assim, o utente dos serviços de saúde tem direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
30. Os utentes gozam do direito de exigir dos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, bem como a observância das regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis e pelas regras de boa prática médica, ou seja, pelas *leges artis*.
31. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade dos cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.
32. A este respeito encontra-se reconhecido na Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, que aprovou a Lei de Bases da Saúde (LBS), e, hoje, no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o direito dos utentes a serem “*tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*” – cfr. alínea c) da Base XIV da LBS.
33. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.
34. Por outro lado, quando na alínea c) da Base XIV da LBS se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, tal imposição decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.

35. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter “*redobrado cuidado de respeitar as pessoas particularmente frágeis pela doença ou pela deficiência*”.
36. E a qualidade dos serviços de saúde não se esgota nas condições técnicas de execução da prestação, mas abrange também a comunicação e informação ao utente dos resultados dessa mesma prestação.
37. No caso em apreço, a utente tinha direito a que o seu exame (Ecografia) fosse realizado em conformidade com as *leges artis*, com a utilização dos melhores equipamentos e técnicas disponíveis, mas também tinha direito a que o resultado do exame efetuado lhe fosse comunicado com prontidão e exatidão.
38. Na verdade, a relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência em todos os seus aspetos e momentos;
39. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural e estruturante da própria relação criada entre utente e prestador – cfr. alínea e) do n.º 1 da Base XIV da LBS (e, hoje, o n.º 1 do artigo 7º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março), para efeitos de consentimento informado e esclarecimento, quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico.
40. A informação transmitida ao utente deve ser verdadeira, completa, transparente, acessível e inteligível pelo seu destinatário concreto – cfr. artigo 5º da Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina¹, artigo 157º do Código Penal e, hoje, artigo 7º, n.º 2 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
41. Só assim se logrará obter a referida transparência na relação entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.
42. *A contrario*, a veiculação de uma qualquer informação errónea, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar por parte do prestador, são suficientes para comprometer a exigida transparência da relação entre este e o seu utente, para além de facilitar ou causar lesões de direitos e interesses (patrimoniais e não patrimoniais) dos utentes.
43. Para além destas exigências, os prestadores de cuidados de saúde devem ainda assegurar e fazer cumprir um conjunto de procedimentos que tenham por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de incidentes e eventos adversos, que possam afetar os direitos e interesses legítimos dos utentes.

¹ Celebrada, no âmbito do Conselho da Europa, em 4 de abril de 1997; aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, publicada no Diário da República, I Série-A, n.º 2/2001; e ratificada pelo Decreto do Presidente da República, n.º 1/2001, de 20 de fevereiro, de 3 de janeiro, publicado no Diário da República, I Série A, n.º 2/2001.

44. Em especial, devem ser observadas as regras constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à *Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*, bem como, a Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 008/2013, referente ao *Sistema Nacional de Notificação e Incidentes e Eventos Adversos*.
45. Tais procedimentos constituem, assim, instrumentos eficazes para deteção de eventos adversos e para estimular a reflexão e o estudo sobre os mesmos, por forma a determinar a alteração de comportamentos e a correção e retificação de erros, em prol da qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados de saúde a prestar aos utentes.
46. Ainda com relevância para a matéria em análise, e no quadro da proteção dos direitos e interesses dos utentes, de acordo com a alínea a) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS, incumbe à ERS promover um sistema de âmbito nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes.
47. É neste enquadramento que a ERS continua a desenvolver o projeto SINAS, através da avaliação e monitorização da evolução da atividade dos serviços de saúde prestados, e numa perspetiva de contribuir para a melhoria dos padrões de qualidade das prestações de cuidados de saúde, promove a divulgação de indicações às organizações em diversas dimensões, entre elas a segurança do doente.
48. E nesta dimensão da segurança do doente incluem-se categorias de avaliação que merecem destaque para a matéria em análise nos autos, designadamente em matéria de *identificação de doentes, comunicação e informação*, salientando-se neste campo, se o prestador dispõe, por exemplo, de *formulários para comunicação de ocorrências, transmissão de informação relativa a eventos adversos a doentes e familiares, procedimentos instituídos para garantir a rastreabilidade dos meios complementares de diagnóstico, etc*².

III.3. Análise da situação concreta

49. Das diligências encetadas no presente processo, resultaram os factos que, de seguida, resumidamente se enunciam:
 - i. O utente J.F., de 84 anos de idade, foi admitido no Serviço de Urgência (SU) do CHL, pelas 10h05m, do dia 11 de setembro de 2017, com queixa de “*Dor na anca esquerda com 2h de evolução_SA*”;
 - ii. Pelas 10h22m o utente foi triado com pulseira amarela/urgente, tendo-lhe sido atribuído o fluxograma “(43) *Problemas nos membros*”;

² Para uma melhor compreensão do universo SINAS, cfr. a informação disponibilizada em www.ers.pt.

- iii. De acordo com o prestador *“A triagem foi feita sem a presença de acompanhante (familiar/cuidador); A queixa de apresentação foi transmitida ao enfermeiro do posto de triagem pelo técnico de ambulância que acompanhava o doente”*;
- iv. Pelas 10h26m, o utente é chamado para observação médica, ficando registado na ficha clínica: *“TRAUMATISMO DA BACIA --- LUXAÇÃO DE PTA - ? PEÇO RX”*;
- v. Pelas 11h05m é inscrito na ficha do utente: *“RX DA BACIA NEGATIVO REPOUSO TEM ALTA DE ORTOPEDIA”*;
- vi. No mesmo dia, o utente J.F. deu, novamente, entrada no SU do CHL, pelas 14h23m, acompanhado pela equipa do INEM;
- vii. O utente *“Foi triado às 14:33h, prioridade branca, com orientação para médico generalista”*;
- viii. O utente *“Foi observado pelo gastroenterologista tendo tido alta nesse mesmo dia às 15:49h.”*.

50. Aqui chegados, sempre cumprirá referir que as versões dos factos trazidos ao conhecimento desta Entidade Reguladora são manifestamente incongruentes entre si.

Senão vejamos,

51. A exponente refere na sua reclamação que, *“No dia 11 Set. 2017, o meu pai J.F. veio a este hospital numa situação de urgência para colocar uma PEG, por a que tinha ter sido arrancada da barriga. Às 11:14h recebi uma chamada a dar-lhe alta. Eu estava na sala de espera e prontamente contactei os bombeiros de Mira de Aire que o vieram buscar e o levaram a casa. Já em casa, constatámos, com espanto, que não o poderíamos alimentar, pois a PEG não tinha sido colocada, só lá estava o buraco aberto na barriga e algum sangue na roupa. Ao abrirmos a carta dirigida ao médico de família, com mais espanto ainda, ficámos a saber que afinal o meu pai foi fazer um RX à anca por suposta fratura da bacia. Inclusivamente ele teria uma prótese, que estranhamente ninguém percebeu que não aparecia no RX. [...]”*;
52. Ao passo que, o prestador refere que *“Uma vez que o doente não comunicava e, na ausência de outro acompanhante, o técnico de ambulância que efetuou o transporte validou os dados necessários para a correta identificação do doente baseado nos dados e documentos fornecidos pelo familiar no domicílio do mesmo.”*;
53. E, ainda, que *“O doente foi triado com base na queixa apresentada pelo técnico de ambulância não existindo, da parte do utente em causa, qualquer manifestação verbal sobre o motivo de vinda ao SUG. Os dados necessários para avaliação dos parâmetros necessários à triagem foram respeitados tendo sido definido uma prioridade “urgente” baseada no aparente desconforto e fácies interpretados como sendo reveladores de dor. [...]”*.

54. Não se compreendendo, no entanto, a alegação do CHL de que o utente não teria acompanhante no SU e, bem assim, que *“Durante a permanência do doente no SUG não foi feito, por parte do familiar qualquer contacto com a equipa multidisciplinar no sentido de acompanhar ou receber informações relacionados com a situação do utente [...]”*, quando a reclamante indica expressamente que se encontrava na sala de espera do SU, a aguardar o utente;
55. Tal como se infere das declarações do CHL *“[...] Ao ser informada da alta do doente, o familiar procedeu às diligências necessárias para garantir o transporte do doente para o domicílio. A saída do doente do serviço obedeceu às orientações definidas na IT.CHL.094.”*
56. Ao que acresce que, perante um doente não cooperante, o CHL bastou-se com a versão dos factos trazida pelo técnico de ambulância que efetuou o transporte do utente, admitindo que *“O doente foi triado com base na queixa apresentada pelo técnico de ambulância”*, não curando, como devia, de confirmar com o acompanhante/familiar do utente o real motivo da deslocação ao SU;
57. Pois que, refere a reclamante que o utente se deslocou ao SU *“[...] para colocar uma PEG [gastrostomia endoscópica percutânea ('PEG')], por a que tinha ter sido arrancada da barriga [...]”*, tendo, no entanto, sido realizado *“[...] um RX à anca por suposta fratura da bacia”*;
58. A este respeito admitindo o prestador que se verificou *“[...] uma inexatidão relacionada com a informação recebida no momento da triagem que desencadeou a situação relatada na exposição em apreço. Entendemos o desconforto sentido pelo sucedido [...]”*.
59. Pelo que, tendo presente as versões dissonantes dos factos trazidos ao conhecimento desta Entidade Reguladora, importa que o prestador garanta a existência de procedimentos específicos para a triagem de utentes não cooperantes, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade, assegurando, sempre que possível, a confirmação das queixas e da sintomatologia apresentada com os acompanhantes/familiares dos utentes, por forma a assegurar a prestação integrada e continuada de cuidados de saúde de qualidade.
60. Medida que, de resto, já foi apontada pelo prestador em resposta ao pedido de elementos da ERS, para o que refere que *“Foram avaliadas as falhas do processo, ficando claro que o doente foi corretamente identificado nas várias fases do seu percurso no SUG, reforçando junto da equipa a importância de acompanhantes estarem presente durante a triagem bem do seu envolvimento no plano de tratamentos quando o doente pede o envolvimento do acompanhante ou se encontra numa situação de vulnerabilidade”*, por forma a prevenir futuras ocorrências semelhantes à verificada nos presentes autos;
61. Importando, no entanto, garantir que tais medidas são efetivamente cumpridas e respeitadas por todos os profissionais ao seu serviço.
62. Pois que, recorde-se, o direito à qualidade dos cuidados que implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, dos manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de

segurança, de normas de acreditação e certificação, é, indubitavelmente, uma garantia de um acesso aos cuidados qualitativamente necessários e adequados.

63. Sendo esta vertente uma preocupação amplamente reconhecida e incorporada nas boas práticas clínicas, bem como nas mais diversas orientações emitidas pelas entidades competentes;
64. Na medida em que a existência e conhecimento de procedimentos é uma garantia de qualidade da prestação de cuidados de saúde, que diminui os riscos à mesma associados, previne a ocorrência de erros por parte dos diversos profissionais envolvidos, promove uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautela qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.
65. Ademais, refira-se que o prestador demonstrou ter instituídos procedimentos para identificação dos utentes atendidos no Serviço Urgência (cfr. documentos juntos pelo prestador, MA.HSA.013 "*Admissão de Doentes*"; PI. CHL 047 "*Identificação de doentes*"; IT.CHL.094 "*Mudança de Maca na Admissão e Alta dos Doentes no Serviço de Urgência Geral*"), no momento da admissão ao serviço, em momentos decisivos para o tratamento do mesmo e, ainda, no momento da alta do serviço;
66. E, bem assim, esclareceu a prática existente para o registo e comunicação de eventos adversos à unidade responsável pela gestão de risco e/ou qualidade e segurança, prática essa vertida em procedimentos e regras escritas, em vigor no seu estabelecimento, e dos quais juntou documentos comprovativos.
67. Sendo certo que nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos, nas mais diversas áreas de intervenção, sem que se garanta, paralelamente, que os mesmos são efetivamente aplicados, em todos os momentos, em todos estabelecimentos, e em todas as dimensões da atuação dos prestadores, nos cuidados que prestam aos utentes;
68. Pois que não é suficiente que os procedimentos estejam previstos em conformidade com as boas práticas e normas aplicáveis, se não forem respeitados pelos profissionais de saúde;
69. Devendo, por conseguinte, o prestador garantir que todos os profissionais adequam a sua conduta aos procedimentos em vigor naquela unidade de saúde e, bem assim, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados.
70. 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, devendo o CHL adotar todos os comportamentos aptos a garantir uma prestação integrada e continuada de cuidados de saúde de qualidade, assim se obviando à repetição de situações futuras de índole idêntica à ocorrida.

IV.DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

71. 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 Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL) e a reclamante M.F., ambos por ofícios datados de 30 de novembro de 2018.
72. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou, por ofício datado de 17 de dezembro de 2018, a pronúncia do CHL, concretamente referindo que:

“[...]”

Relativamente ao assunto referido em epígrafe, que notifica este Centro Hospitalar do projecto de deliberação dessa Entidade Reguladora respeitante ao processo supracitado, cumpre-nos informar o seguinte:

(i) Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, são respeitados os direito e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;

O CHL cumpre o estabelecido na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

(ii) Garantir a existência de procedimentos específicos para a triagem de utentes não cooperantes, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade, assegurando, sempre que possível, a confirmação das queixas e da sintomatologia apresentada com os acompanhantes/familiares dos utentes, por forma a assegurar a prestação integrada e continuada de cuidados de saúde de qualidade;

Consciente de que, qualquer pessoa doente está em situação vulnerável, mas que existem grupos de doentes especialmente vulneráveis o CHL definiu, em 2012, o procedimento "Proteção dos doentes vulneráveis" (PI.CHL.096), onde se incluem adultos com mais de 75 anos e pessoas incapacitadas física ou mentalmente, temporária ou permanentemente, conferindo-se atendimento particular, de acordo com a situação clínica.

No SUMC do CHL, devido ao grande volume de doentes que entram diariamente, foi definido um circuito específico para doentes autónomos, permitindo nas áreas de trabalho uma zona de tratamentos mais direcionada para os doentes considerados como vulneráveis.

Apesar disso, consideramos que esta prática pode ser melhorada pelo que o procedimento acima referido irá ser alterado, no número 6.2 - Instrução do Processo, com o acréscimo da alínea "E - Triagem do doente vulnerável no SU", com os seguintes pontos:

1. Registrar a existência ou não de acompanhante durante a triagem;
2. Registrar quem fornece a informação sobre o motivo de vinda ao SU;
3. Sempre que a informação não for fornecida pelo próprio doente, acompanhante, familiar, cuidador ou representante legal, deverá ser colocado no espaço de registo da queixa "informação a validar";
4. A validação da informação será feita durante a primeira observação médica do doente.

Continuará a efectuar-se sensibilização dos profissionais para as situações de exceção à limitação da permanência de acompanhantes, mesmo em sobrelotação do serviço, situações essas onde a presença do acompanhante seja um benefício terapêutico para o doente.

(iii) Garantir o permanente cumprimento de procedimentos de correta identificação de utentes para a prestação de cuidados de saúde em contexto de serviço de urgência, bem como das normas aplicáveis e dos procedimentos internos para a execução de exames, elaboração e registo dos respetivos relatórios, inclusão dos mesmos nos processos clínicos dos utentes a quem respeitam e comunicação do resultado a estes últimos;

No caso em apreço e conforme informação já dada sobre o assunto, através do nosso ofício com a ref.^a n.º 07612, de 2018.10.02, "Ponto 2)", não se verificou qualquer incorrecta identificação de utentes. Voltamos a afirmar que no CHL existem procedimentos sobre a correta identificação dos utentes:

1. Manual de Admissão de Doentes - MA.HSA.013, actualizado em 2010.10.28;
2. Procedimento Interno sobre a Identificação de Doentes - PI.CHL047, actualizados em 2015.08.05;
3. Instrução de trabalho Mudança de Maca no Serviço de Urgência Geral - IT.CHL094, actualizada em 2012.05.03.

(iv) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos e nas normas aplicáveis, no que respeita à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nos termos das regras a cada momento aplicáveis:

Desde 2006 que o CHL tem em vigor um sistema de notificação de incidentes, actualmente em formato digital, a plataforma HER+. As notificações de risco clínico são avaliadas pelo Gabinete de Gestão de Risco Clínico. O Gestor de Risco Clínico, o Coordenador do Gabinete do Cidadão e o Presidente da Comissão de Humanização, reúnem mensalmente para analisar o teor das reclamações dos utentes, formalizando propostas de melhoria (conforme procedimento "PI.CHL016.05 - Tratamento de Exposições, aprovado pelo Conselho de Administração em 2007-06.12, actualizado em 2018.01.17.

Após a entrada da reclamação em questão, foram desencadeadas medidas, envolvendo os gestores de risco, direcção do serviço e profissionais que directamente estiveram envolvidos na

situação descrita. Foram avaliadas as falhas do processo, tendo ficado claro que o doente foi correctamente identificado nas várias fases do seu percurso no Serviço de Urgência. Foi reforçado junto da equipa a importância do acompanhante aquando da triagem e o seu envolvimento no plano de tratamento, sempre que o doente se encontra numa situação de vulnerabilidade. Para além das medidas tomadas, irá ser introduzida uma acção de melhoria, actualizando o procedimento "Proteção dos doentes vulneráveis" (PI.CHL.096).

(v) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos a adotar para cumprimento da presente instrução sejam correctamente seguidos e respeitados por todos profissionais de saúde;

Esta garantia é dada, conforme já explanado, já que sempre que um procedimento é elaborado ou actualizado é divulgado por toda a equipa, existindo para o efeito, o procedimento "Documentos - Estrutura, Codificação, Controlo e Divulgação" (PI.CHL001), que define a forma como são elaborados e codificados todos os documentos construídos em contexto de melhoria da qualidade, aprovados pela Comissão da Qualidade e Segurança do ponto, pelos elementos do Conselho de Administração (CA) ou pelas Comissões Técnicas. A responsabilidade da divulgação dos mesmos cabe ao gabinete' da qualidade, secretariado do CA ou do secretariado das Comissões Técnicas respetivamente.

No ponto 5.4 "Evidência do conhecimento dos documentos pelos profissionais" do procedimento citado no parágrafo anterior, é referido que no caso de documentos normativos e/ou sempre que o Diretor/Responsável do Serviço entenda como necessário, deve ser confirmado por escrito pelos profissionais a quem se destinam, que deles tiveram conhecimento, através do registo em IMP.CHL002 "Divulgação de Documentos".

Ações de melhoria a desenvolver:

1. Para além de fazer cumprir o definido no procedimento "PI.CHL001", quanto à evidência do conhecimento dos documentos pelos profissionais:
 - a. Afixar durante 30 dias nos placards do Serviço a informação da existência dos documentos em causa;
 - b. Findos os 30 dias, recolher e entregar ao responsável, diretor, de cada grupo profissional, o impresso IMP.CHL002, devidamente preenchido, para validar e justificar a eventual ausência de rubrica de um ou mais profissionais.
 - c. Os impressos recolhidos serão guardados pelo período de 5 anos no secretariado do serviço.
2. Irão ser dadas orientações às chefias de que deverão aproveitar as reuniões de serviço e passagens de turno, para reforçar, junto de toda a equipa, novos procedimentos, actualização de procedimentos e análise de situações não conformes, como o caso em apreço.

Atento o exposto, o CHL entende que agiu com correcção e prontidão, não obstante aproveitar esta ocorrência para introduzir melhorias no processo, conforme descrição supra, relativa às alterações que irá implementar.”.

73. Analisada a pronúncia do prestador verifica-se, desde logo, que este não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação;
74. Antes demonstrou a sua intenção de coadunar o seu comportamento com a instrução constante do projeto de deliberação regularmente notificado;
75. Bem como apresentou um conjunto de medidas já em execução e que são demonstrativas da intenção de adequação do seu comportamento ao projeto de deliberação da ERS.
76. Sendo certo que, as medidas trazidas ao conhecimento da ERS denotam já um comportamento tendente ao cumprimento da deliberação projetada, passando, no entanto, a ser necessário salvaguardar o seu cabal cumprimento pelo prestador.
77. Nestes termos, tendo em vista garantir uma efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, a adequação integral e permanente do comportamento do prestador, para evitar que situações como as dos presentes autos se voltem a repetir, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS;
78. Motivo pelo qual se mantém na íntegra a decisão projetada.

V. DECISÃO

79. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., no sentido de:
 - (i) Garantir, em permanência, que, na prestação de cuidados de saúde, são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com prontidão e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
 - (ii) Garantir a existência de procedimentos específicos para a triagem de utentes não cooperantes, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade, assegurando, sempre que possível, a confirmação das queixas e da sintomatologia apresentada com os acompanhantes/familiares dos utentes, por forma a assegurar a prestação integrada e continuada de cuidados de saúde de qualidade;
 - (iii) Garantir o permanente cumprimento de procedimentos de correta identificação de utentes para a prestação de cuidados de saúde em contexto de serviço de urgência, bem como

das normas aplicáveis e dos procedimentos internos para a execução de exames, elaboração e registo dos respetivos relatórios, inclusão dos mesmos nos processos clínicos dos utentes a quem respeitam e comunicação do resultado a estes últimos;

- (iv) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos estabelecidos e nas normas aplicáveis, no que respeita à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nos termos das regras a cada momento aplicáveis;
- (v) Garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os procedimentos a adotar para cumprimento da presente instrução sejam corretamente seguidos e respeitados por todos profissionais de saúde;
- (vi) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a notificação da deliberação final, dos procedimentos adotados para o efetivo cumprimento do disposto em cada uma das alíneas *supra*.

80. 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”.

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

Porto, 27 de dezembro de 2018.