

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/038/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (doravante, ERS) tomou conhecimento em 3 de janeiro de 2018, de uma reclamação subscrita por E.F., visando a atuação do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (doravante, Hospital de Santarém), estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 12297.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/586/2018, a exponente alega, em suma, constrangimentos no funcionamento do serviço de urgência (SU) do Hospital de Santarém, em matéria de segurança dos utentes especialmente vulneráveis.

3. Para uma averiguação preliminar dos factos enunciados pela exponente, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, em 20 de fevereiro de 2018, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/038/2018.
4. No entanto, face à necessidade de uma averiguação mais aprofundada dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, no sentido de o prestador adequar o seu comportamento à garantia do direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 1 de março de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/038/2018.

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 prestador Hospital de Santarém, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS;
 - (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente E.F. em 5 de março de 2018;
 - (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao Hospital de Santarém em 5 de março de 2018, e análise da resposta datada de 2 de abril de 2018.

II. DOS FACTOS

6. Em 3 de janeiro de 2018, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação apresentada por E.F., na qualidade de filha do utente F.F., relativamente ao funcionamento do serviço de urgência (SU) do Hospital de Santarém, em matéria de segurança dos utentes especialmente vulneráveis.
7. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação, datada de 28 de novembro de 2017:

“[...]”

Doente fugiu das urgências hospital após triagem

O utente (...), 87 anos, com surdez e dificuldade na fala [...], foi trazido do Hospital de São José em Lisboa, [...], encaminhado pelo Hospital Dist. de Santarém urgências feito triagem pela enfermagem e colocação de pulseira amarela, fugiu e foi encontrado no Continente, pediu que chamassem um táxi para levá-lo a casa [...]. Quando cheguei ao hospital (urgências) o doente não se encontrava, depois de várias buscas; foi de uma irresponsabilidade da equipa que o atendeu, visto tratar de um idoso que desorienta-se.

[...]”.

8. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu à reclamante, por ofício datado de 2 de janeiro de 2018, os seguintes esclarecimentos:

[...]

Em resposta à reclamação apresentada neste Hospital no dia 25/11/2017, cumpre-nos informar que a leitura da mesma mereceu da nossa parte a melhor atenção e foi enviada à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, para esclarecimento.

O Sr. (F.F.) foi admitido no Serviço de Urgência [...] do dia 25/11/2017, após retorno do Hospital São José, sendo triado [...].

Foi atribuída a prioridade urgente e encaminhado para a sala de espera de doentes urgentes, sala contígua à sala de triagem. O doente apresentava-se consciente e orientado conforme avaliação efetuada durante o processo de triagem [...].

Apesar de ter vindo de outro Hospital, vestia a sua própria roupa e foi dada indicação para aguardar na sala de espera.

Efetivamente verificou-se o abandono do Serviço [...], regressado às 21h45m acompanhado pela filha, ficando internado no dia seguinte.

Apesar de não ter sido identificado pelo enfermeiro triador qualquer alteração no doente que pudesse indiciar esse comportamento, houve efetivamente o não cumprimento de uma orientação existente no Serviço, a qual pressupõe que qualquer doente transferido de outro Hospital, independentemente da prioridade atribuída, não aguarda em sala de espera, devendo ser encaminhado de imediato para uma das salas de tratamento consoante a área a que pertença e ficando sob vigilância dos profissionais dessa área.

Lamentamos este lapso que já foi discutido com o enfermeiro em causa e restante equipa, no sentido de evitar outras situações no futuro. Pelo ocorrido, apresentamos as nossas desculpas.

[...]”.

9. Em anexo à sua resposta, o Hospital de Santarém remeteu a nota de serviço interna [...], de 20 de dezembro de 2017, com a resposta da enfermeira coordenadora de departamento de urgência, que presta os seguintes esclarecimentos *supra* transcritos.

10. Assim, para esclarecimento cabal dos factos alegados foi remetido ao prestador, em 5 de março de 2018, o seguinte pedido de elementos:

“[...]

1. *Pronúncia detalhada sobre o teor da reclamação que está na origem dos presentes autos, já junta sob o Anexo I;*
2. *Envio de cópia do relatório do episódio de urgência do utente (...), referente ao dia 25 de novembro de 2017;*
3. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Hospital de Santarém, para avaliar a segurança e o risco de evasão de utentes especialmente vulneráveis – designadamente, em razão da idade e/ou de limitações físicas –, que possam não estar no pleno gozo das suas faculdades mentais;*
4. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Hospital de Santarém, para casos de desaparecimento de utentes, com envio do respetivo suporte documental;*
5. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Hospital de Santarém, 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;*
6. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...]”.

11. Nessa sequência, por ofício de 2 de abril de 2018, veio o Hospital de Santarém prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]

Para a pronúncia detalhada sobre o teor da reclamação importa caracterizar o Serviço de Urgência.

1. *Um Serviço de Urgência é um Serviço de Ambulatório, aberto ao exterior 24/24 horas todos os dias do ano.*
2. *Ao Serviço de Urgência (do HDS) recorrem diariamente cerca de 350 doentes, geralmente com um acompanhante (pelo menos), o que faz uma frequência diária de cerca de 700 utentes.*

3. *Dos cerca de 350 doentes, pode afirmar-se que cerca de 200 são pouco urgentes ou não urgentes e que circulam entre as salas de espera e com os respectivos acompanhantes, saem do Hospital para fumar, ir à cafetaria, estar fora do ambiente hospitalar, etc.*
4. *Mesmo os doentes triados com "amarelos" (prioridade que traduz acima de tudo uma escala de dor), não estão confinados à Sala de Espera, deslocando-se no espaço pelas mesmas razões referidas em 3, e outras, não sendo possível impedi-los.*
5. *A generalidade destes utentes é autónoma e independente.*
6. *Todos os utentes são livres de abandonar o Serviço de Urgência, não estando obrigados a comunicar a sua intenção ou decisão, e raramente o fazem.*
7. *Compete ao Serviço de Segurança exercer vigilância sobre os comportamentos dos utentes, sendo limitada a sua efectividade sobre eles quando:*
 - *se apresentam autónomos, conscientes e lúcidos.*
 - *decidem por sua iniciativa abandonar o Hospital, não denunciando essa intenção.*
8. *No caso do (...), trajava de forma comum e estava consciente, lúcido e colaborante, nada perspectivando a saída do Hospital.*
9. *Da reflexão efectuada pela equipa de enfermagem, reconhecem que o doente não devia ter sido colocado na sala de espera de "amarelos", (cor para que foi triado), mas sim na sala de tratamentos dado já ser proveniente de outro Hospital.*
10. *Esta circunstância não o impediria de tomar a mesma atitude. Apenas reduzir o risco. Relembra-se que o Sr. (...) trajava de forma comum, estava consciente, lúcido e colaborante.*
11. *Numa Urgência como a do Hospital de Santarém é comum encontrarem-se em espera e em atendimento largas dezenas de doentes dispersos por uma área de cerca de 1000m² de salas de espera, corredores e gabinetes de trabalho.*
12. *Apesar de serem situações muito pontuais, existem procedimentos e normas que contemplam estas situações no sentido de minimizarem a sua ocorrência e as suas consequências.*

Não é comum acontecer com doentes dependentes ou com deficit de lucidez.

[...]".

12. Em anexo à sobredita resposta, o prestador juntou cópia do diário clínico do episódio de urgência do utente F.F., à data com 87 anos, do qual teve alta por abandono, onde estão inseridos os seguintes registos médicos:

[...]

13. Em anexo à sobredita resposta, o prestador juntou, igualmente, nota de serviço interna [...], de 14 de março de 2018, da enfermeira coordenadora de departamento de urgência, do qual consta, no que para o presente casa releva, que:

“[...]

1. *Foi recentemente elaborado um Procedimento de Trabalho (PT n° 9 de 07/02/2018), que envio em anexo, o qual estabelece Boas Práticas no atendimento à pessoa Idosa/ vulnerável no Serviço de Urgência.*
2. *O Plano de Segurança Interno do Hospital prevê orientações relativamente à fuga ou desaparecimento de doentes, contudo, ainda não foi divulgado porque segundo informação do (...), está em apreciação pela Autoridade Nacional da Proteção Civil. Pretendemos a partir deste Plano, efetuar um Procedimento de Trabalho específico que estabeleça orientações em caso de desaparecimento de doentes. Na prática, quando esta situação acontece, comunicamos de imediato à Equipa de Vigilantes que procura o doente exaustivamente no interior do hospital e parques de estacionamento. Damos conhecimento ao Chefe de Equipa de Urgência, e, quando se trata de um doente vulnerável, comunicamos e pedimos colaboração às Forças de Segurança (PSP ou GNR, ou ambas, conforme as circunstâncias). Informamos a família através dos contactos telefónicos disponíveis.*
3. *Reitero que o doente em causa não apresentava alteração do estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow avaliada às 17h17mn - score 15, ou seja, sem alterações).*
4. *O serviço de Urgência, integra um vigilante na portaria externa que se ausenta por vezes para orientar situações de estacionamento indevido, pelo que não conseguimos garantir a 100% que uma situação destas não ocorra. Para além disso, não há vigilante junto à porta interna, o que também acarreta dificuldades.*
5. *Procuramos estar atentos a todas estas situações com a colaboração também do SIRP, mas sendo um serviço aberto e com grande sobrecarga de doentes, as dificuldades sobrevivem.*
6. *O HDS dispõe do sistema Notifica para comunicação de incidentes e eventos adversos.*

[...]”.

14. Adicionalmente, em anexo à sobredita resposta, o Hospital de Santarém enviou à ERS cópia dos seguintes documentos:

- a) Cópia da página 31 do plano de segurança interno, com o ponto 3.3.11, sobre fuga ou desaparecimento de doentes, e o ponto 3.3.12, sobre desaparecimento ou rapto de crianças;

- b) Procedimento de trabalho – URG-PT-09, de 7 de fevereiro de 2018, aprovado pela Direção do Hospital de Santarém, intitulado “*boas práticas no atendimento à pessoa idosa/vulnerável no Serviço de Urgência*”, com o objetivo de assegurar uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas/vulneráveis¹.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

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

[...]

- b) *À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;*
- c) *À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.”*

¹ De acordo com o documento aprovado pela Direção do Hospital de Santarém, estabelece-se como boas práticas no cuidar da pessoa idosa / pessoa vulnerável:

[...]

1. *Utentes idosos com mobilidade reduzida ou que estejam em maca ou cadeira de rodas e utentes com outras limitações físicas/mentais admitidos do Serviço de Urgência, são encaminhados de imediato à sala de espera da triagem com o seu acompanhante, caso exista, onde ficam sob supervisão de enfermeiro e assistente operacional.*
2. *O utente triado de verde / azul e seu acompanhante, é igualmente encaminhado para a sala de espera de amarelos, junto à triagem, a fim de ficar sob supervisão de enfermeiro e assistente operacional, até à observação médica.*
3. *Utentes idosos com mobilidade reduzida ou utentes com outras limitações físicas/mentais, em situação de alta, aguardam nas salas de tratamento pelos familiares/ acompanhante/bombeiros que farão o transporte para o domicílio, onde mantêm observação de enfermagem e apoio de assistente operacional, garantindo-se desta forma que estes utentes só saem do serviço de Urgência Geral quando acompanhados.*
4. *Todas as situações de vulnerabilidade social identificadas nestes grupos, deverão ser sinalizadas de acordo com o Procedimento de Trabalho nº4/2015 - Orientação de doentes com maior vulnerabilidade social que recorrem ao Serviço de Urgência.”*

No entanto, o procedimento de trabalho foi aprovado em data posterior à data dos factos, pelo que não tem aplicação no caso *sub judice*.

17. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus Estatutos “ [...] *todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas.*”;
18. Consequentemente, o Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. é uma entidade pública empresarial, responsável por um estabelecimento prestador de cuidados de saúde hospitalares, pelo que está legalmente submetido aos poderes de regulação e supervisão da ERS, onde, aliás, está inscrito, sob o n.º 12297.
19. Acresce que, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade.
20. Pelo que, no que concerne à garantia dos critérios de acesso aos cuidados de saúde a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “ *assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “*prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados*”;
21. Por outro lado, no domínio da garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.
22. Podendo a ERS assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, no caso mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alínea a e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

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

23. 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.
24. Com efeito, a importância do bem jurídico tutelado imprime uma gravidade excepcional à prestação de cuidados de saúde em condições inadequadas.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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”*.
29. 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.
30. 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).
31. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
32. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.

33. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente², segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
34. 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*”.
35. 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.
36. Relativamente ao direito dos utentes de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, tal resulta do reconhecimento ao utente do direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, sendo, porém, óbvio que tal direito, como os demais consagrados na LBS, terá sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
37. 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).
38. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.
39. 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*”.
40. Assim, a prestação de cuidados de saúde é regido pelo princípio geral de promoção prioritária, dos cuidados de saúde, a nível comunitário, “*por forma a evitar o afastamento dos doentes do*

² Vide ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”.

seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”, estatuindo-se que os cuidados de saúde em causa são prestados no meio menos restritivo possível³.

41. Contudo, simultaneamente, na prestação de cuidados de saúde é imprescindível adotar as medidas e os mecanismos necessários, por um lado, à proteção da pessoa especialmente vulnerável, como, igualmente, à proteção da segurança física de terceiros.
42. Nestes termos, os prestadores de cuidados de saúde devem assegurar e fazer cumprir um conjunto de procedimentos que tenham por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de quaisquer incidentes e eventos adversos, que possam afetar os direitos e interesses legítimos dos utentes.
43. Em especial, devem ser observadas as regras constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde (doravante DGS) n.º 011/2012, de 30 de julho de 2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos⁴, bem como a Norma da DGS n.º 015/2014, de 25 de setembro de 2014, que cria o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA⁵.
44. 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.
45. 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. [...].”*

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

⁴ A Orientação da DGS n.º 011/2012, de 30 de julho de 2012, pode ser consultada em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>.

⁵ A Norma da DGS n.º 015/2014, de 25 de setembro de 2014, procurou reconfigurar e melhorar a estrutura e organização de conteúdos do antigo Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), e pode ser consultada em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>.

46. Já relativamente à Norma da DGS n.º 015/2014 que cria o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, a mesma estabelece que:

“[...]”

1. *Todas as Unidades do Sistema de Saúde devem possuir uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente.*
2. *A indicação do gestor local e do seu substituto, junto desta Direção-Geral, deve obrigatoriamente:*
 - a. *conter os seus nomes completos, endereços eletrónicos e contactos telefónicos profissionais;*
 - b. *serem dirigidos ao endereço notifica@dgs.pt.*
3. *O gestor local ou o seu substituto ficam, obrigados a garantir:*
 - a. *que o acesso à sua página pessoal no NOTIFICA é intransmissível;*
 - b. *reporte periódico à administração da instituição;*
 - c. *o respeito e o cumprimento dos procedimentos previsto no “Manual do Gestor local”, disponível na página www.dgs.pt.*
4. *Os incidentes reportados no NOTIFICA devem ser alvo de análise interna, pelo gestor local, de forma a garantir:*
 - a. *a validação das notificações;*
 - b. *a identificação de medidas de correção, de implementação imediata, se aplicável;*
 - c. *a identificação dos fatores contribuintes;*
 - d. *a determinação de um plano de ação com medidas preventivas ou corretivas se e conforme aplicável.*
5. *O gestor local deve dar retorno de informação ao notificador, acedendo à plataforma NOTIFICA e transcrevendo para a notificação em análise, as medidas preventivas e/ou corretivas definidas.*
6. *Sempre que se verificar a ocorrência de um incidente cujo grau de dano para o doente é “grave” ou “morte”, o gestor local deverá:*
 - a. *promover a aprendizagem sobre as respetivas causas e prevenir a sua recorrência;*
 - b. *identificar as causas raiz do evento e procurar atuar sobre essas causas, indo além da mera resolução das manifestações dos problemas;*

c. seguir a metodologia de desenvolvimento da Análise das Causas Raiz, elaborada a partir das experiências internacionais nesta área, no cumprimento da Orientação n.º 011/2012 de 30 de julho de 2012.

[...]

10. A notificação de um incidente, ocorrido numa instituição prestadora de cuidados de saúde, exige a implementação de medidas corretoras sistémicas por parte da administração da instituição, de forma a evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir. [...]"

III.3. Das regras aplicáveis à Rede de Serviços de Urgência

47. As características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização dos Pontos de Rede de Urgência foram sempre sendo objeto de preocupação e implementação⁶.
48. O Despacho n.º 13377/2011, de 23 de setembro, criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) que tinha por missão avaliar o estado de implementação da Rede, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso, as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, a gestão e a sustentabilidade dos Serviços de Urgência (SU), entre outros.
49. A Rede de Referência de Urgência encontra-se atualmente implementada e permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes naquela Rede, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB).
50. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
51. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto⁷, e *“determina ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”*.

⁶ Cfr. Despachos do Ministro da Saúde n.º 18 459/2006, de 30 de julho, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 176, de 12 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 24 681/2006, de 25 de outubro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 231, de 30 de novembro, n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 10, de 15 de janeiro de 2007, e n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro

⁷ O Despacho n.º 10319/2014 foi alterado pelo Despacho n.º 13427/2015, publicado no *Diário da República*, 2ª Série, N.º 228, de 20 de novembro de 2015.

52. Por força do Despacho do Ministro da Saúde n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro, publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 230, de 24 de novembro de 2015⁸, o serviço de urgência do Hospital de Santarém é classificado como um serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC).
53. Sendo que, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, “Os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência”;
54. Ao passo que, “O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência”;
55. Por fim, “O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área”.

III.4. Do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Protocolo de Triagem de Manchester

56. O Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 2 de fevereiro de 2015, motivado pela tentativa de melhorar a qualidade dos serviços prestados nos serviços de urgência, especialmente nas situações em que se encontravam ultrapassados os tempos de espera para atendimento naqueles serviços, prevê que “uma das formas de garantir cuidados adequados e de maior qualidade passa pela uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares que devem atuar sequencialmente ou simultaneamente consoante as situações [...] existem situações urgentes que impõem uma identificação precoce e o encaminhamento correto em tempo útil, cuja abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação e a formação do pessoal que permitam, por meios objetivos e expeditos, o apoio à decisão clínica em ambiente de urgência e a definição do papel de cada um na solução expedita de cada caso.”.
57. Note-se que o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, referido *supra* tinha já reconhecido como obrigatória “[...] a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação.”.

⁸ O Despacho do Ministro da Saúde n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro, retificou o Anexo do Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro de 2015, que, por sua vez, revogou o Despacho do Ministro da Saúde n.º 5414/2008, de 28 de janeiro de 2008.

58. Assim, o presente Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde vem determinar o seguinte: “[...] reconhecida a importância para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos [...]”;
59. Ao que acresce que, “[...] o MTS permite identificar uma prioridade clínica com posterior alocação do doente à área de atendimento devida, podendo também ser desenhados e aplicados, na sequência da triagem, protocolos de atuação subsequente, tal como requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista à redução do tempo do episódio de urgência e dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção.”;
60. Mais acrescentando que, “[...] o MTS é uma ferramenta que tem evoluído verifica[ndo-se] a necessidade de implementar a versão mais recente do MTS , fruto da ciência e das boas práticas atualmente existentes, nomeadamente no que se refere à possibilidade de integração das vias verdes e de protocolos pediátricos nos serviços de urgência, entre outros [...] a sua implementação já se verifica em todos os tipos de urgência, pediátrica, ginecológica e de adultos, pelo que a sua generalização é possível e desejável e, constitui a única forma de comparabilidade entre níveis de procura e atendimento entre diferentes instituições prestadoras de cuidados de urgência.”;
61. Conclui o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde que “[...] a escala de Triagem de Manchester prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo sendo passível de ser auditada quer interna ou externamente, conforme previsto no Protocolo celebrado entre o Ministérios da Saúde e o Grupo Português de Triagem (em 12 de novembro de 2010) e a Declaração de Princípios a ele anexa.”.
62. Em suma, o aludido Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro de 2015, veio determinar o seguinte:
- “[...] 1 – Em episódios de urgência com apresentação tipificada na sequência da aplicação dos fluxogramas previstos no sistema de triagem, pode ser considerada a solicitação, pelo enfermeiro da triagem, de meios complementares de diagnóstico, mediante algoritmo autorizado pela direção clínica da unidade de saúde e sustentado em NOC elaborada pela DGS, a exemplo do que acontece nas vias verdes já existentes.
- 2 – Este complemento de triagem é introduzido de forma voluntária e experimental, com duração de um ano, nas unidades que forem identificadas pelas ARS como aquelas onde se possa esperar maior benefício na redução de tempos de espera.
- ”

3 – Os algoritmos referidos no número um são sujeitos a avaliação trimestral, nomeadamente nos resultados obtidos na redução dos tempos de espera e permanência no serviço de urgência, segurança clínica e satisfação dos utentes.

4 – Compete à Direção Geral da Saúde (DGS) fazer a avaliação dos relatórios, determinar as medidas corretivas que considere pertinentes zelar pela sua implementação.

5 – Todos os SU devem assegurar, até 30 de setembro de cada ano, que usam a versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester.

6 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, no ano de 2015, todos os SU que à data do presente despacho não tenham ainda implementado o Sistema de Triagem de Manchester devem proceder à sua implementação até 31 de dezembro de 2015.

7 – Todos os SU com o Sistema de Triagem de Manchester devem implementar auditorias internas mensais, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços, nos termos previstos no Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e a declaração de princípios a ele anexa.

8 – Todos os SU com Sistema de Triagem de Manchester devem, pelo menos anualmente, ser alvo de auditoria externa, sendo os resultados comunicados aos conselhos de administração das respetivas unidades de saúde, ao Ministério da Saúde, à DGS e às Administrações Regionais de Saúde.

9 – A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), deve colaborar com os SU para garantia dos números 5 e 6 do presente despacho, com vista à máxima integração de registos clínicos em ambiente hospitalar.

10 – O licenciamento necessário ao uso do Sistema de Triagem de Manchester é assegurado pelas entidades hospitalares, devendo a SPMS organizar um processo de agregação de necessidades e compra centralizada com vista à minimização do seu custo. [...].

III.5. Do Protocolo de Triagem de Manchester

63. De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP), e retirada do sítio eletrónico⁹:

“[...] o Protocolo de Triagem de Manchester foi implementado com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência com vista à criação de normas de triagem.[...]”.

⁹ Sobre este assunto ver <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

Em termos gerais, um método de triagem pode tentar fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada apenas na identificação de problemas.

Uma vez identificados os temas de triagem comuns foi possível rapidamente chegar a acordo quanto a um novo sistema de nomenclatura e de definição. A cada uma das novas categorias foi atribuído um número, uma cor e um nome, sendo cada uma delas definida em termos de tempo-alvo aceitável até ao primeiro contacto com o médico de serviço. Conseguiu-se um consenso em torno da seguinte escala de triagem:

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	<i>Emergente</i>	<i>Vermelho</i>	0
2	<i>Muito urgente</i>	<i>Laranja</i>	10
3	<i>Urgente</i>	<i>Amarelo</i>	60
4	<i>Pouco urgente</i>	<i>Verde</i>	120
5	<i>Não urgente</i>	<i>Azul</i>	240

Deverá ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o Serviço de Urgência, de que são exemplos os doentes admitidos para transplante, para técnicas programadas, etc. Nestes casos, deve ser registada a cor branca e a razão da sua atribuição. [...]”.

III.6. Análise da situação concreta

64. A reclamação que está na génese do presente processo foi apresentada, contra o Hospital de Santarém, por E.F., na qualidade de filha do utente F.F., por este ter abandonado o serviço de urgência, após triagem, sem que nenhum responsável se tenha apercebido.
65. Ora, da ponderação global dos elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, foi possível apurar que, no dia 25 de novembro de 2017, o utente F.F. foi observado pela gastroenterologia no Hospital de São José, por apresentar um quadro clínico de intolerância alimentar.
66. Na sequência, o utente retornou para o Hospital de Santarém, por corresponder à sua área de residência, para fazer dilatação e gastrostomia, sendo admitido às 17h00 no SU.
67. Às 17h17, efetuada a triagem, foi-lhe atribuída a prioridade urgente e encaminhado para a sala de espera de doentes urgentes, sala contígua à sala de triagem.

68. Nos termos da resposta do prestador à reclamação, no momento da triagem, o utente apresentava-se consciente e orientado, *“Escala de Coma de Glasgow sem alterações – score 15”*.
69. Todavia, o utente abandonou a referida sala e *“foi encontrado no Continente, pediu que chamassem um táxi para levá-lo a casa. (...) Ainda trazia o cateter e a pulseira amarela”*.
70. Mais, de acordo com a reclamação apresentada pela filha do utente, *“quando cheguei ao hospital (urgências) o doente não se encontrava, depois de várias buscas; foi de uma irresponsabilidade da equipa que o atendeu, visto tratar de um idoso que desorienta-se”*.
71. Do diário clínico do episódio de urgência resulta que, às 18h45, o utente não respondeu às chamadas, o que resultou em alta por abandono.
72. Não decorre dos presentes autos quais as diligências encetadas pelo Hospital de Santarém, com intuito de encontrar o utente, após o conhecimento do abandono do SU.
73. Ora, em virtude das diligências encetadas no âmbito deste processo e dos documentos juntos aos autos, conclui-se pela ocorrência de constrangimentos no direito de acesso do utente F.F. à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança, inclusive foram detetadas algumas falhas procedimentais na atuação do Hospital de Santarém, que deverão ser colmatadas.
74. Como referido *supra*, o utente retornou ao Hospital de Santarém para fazer dilatação e gastrostomia.
75. Sucede que o utente visado encontrava-se especialmente vulnerável, devido à surdez, às dificuldades de fala (afasia) e à sua idade, 87 anos, conjugada com a sua tendência para desorientar-se.
76. Verifica-se, desde logo, que não terá havido por parte dos profissionais de saúde o cuidado de considerarem essa especial vulnerabilidade no momento da triagem.
77. Deste modo, considerando a particular vulnerabilidade do utente e a sua informação clínica, o Hospital de Santarém tinha o dever de promover e aplicar todas as medidas e procedimentos indispensáveis a assegurar a segurança do utente e, até, de terceiros.
78. Medidas e procedimentos já em vigor à data dos factos, ou outras consideradas necessárias e adequadas, não só à emergência da situação, como também, à garantia da prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança.
79. De salientar que, no caso, e como logo admitido pelo prestador em sede de resposta à reclamação, *“houve efetivamente o não cumprimento de uma orientação existente no Serviço, a qual pressupõe que qualquer doente transferido de outro Hospital, independentemente da prioridade atribuída, não aguarda em sala de espera, devendo ser encaminhado de imediato*

para uma das salas de tratamento consoante a área a que pertença e ficando sob vigilância dos profissionais dessa área”.

80. Ora, esta medida poderia ter tido influência positiva no desfecho do caso em análise.
81. Acontece que o utente acabou por abandonar o serviço de urgência, no período compreendido entre as 17h17m (hora da triagem em que é encaminhado para a sala de espera de doentes urgentes) e as 18h49m (hora em que não responde às chamadas), sem que nenhum funcionário do estabelecimento de saúde se tenha apercebido, e esteve em paradeiro incerto até ser encontrado no estabelecimento comercial contíguo, ainda com o cateter e a pulseira do SU.
82. Sendo que a não resposta à chamada para observação, resultou na alta por abandono.
83. Ora, o abandono, pela inerente quebra na prestação de cuidados de saúde, pode representar perigo para o próprio e/ou para terceiros, especialmente em situações de utentes vulneráveis.
84. Cumprindo aqui clarificar que o abandono de um estabelecimento de saúde é diferente da saída contra parecer médico.
85. 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;
86. Já a expressão “*saída contra parecer médico*”¹⁰ 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.
87. Conclui-se, assim, que os procedimentos assistenciais empregues no serviço de urgência do Hospital de Santarém não foram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos do utente F.F., o que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde.
88. Sem prejuízo do exposto, no seguimento da intervenção da ERS, o prestador informou existirem várias medidas e/ou procedimentos destinados à minimização da ocorrência de situações análogas e das suas consequências.
89. Concretamente, informou ter adotado o procedimento de trabalho n.º 9, que estabelece as boas práticas no atendimento à pessoa idosa/vulnerável no SU, em 7 de fevereiro de 2018, e o Plano de Segurança Interno que, à data, ainda aguardava apreciação pela Autoridade Nacional de Proteção Civil.

¹⁰ Cfr. a definição constante do Instituto Nacional de Estatística, em <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/2001>.

90. Não obstante, importa assegurar a eficácia de tais medidas, e que as mesmas já se encontram em vigor, para a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança, prevenindo-se a ocorrência de situações idênticas à denunciada.
91. Pois nenhuma vantagem se retira da existência de procedimentos, nas mais diversas áreas de intervenção, se não se garantir, paralelamente, que os mesmos são efetivamente aplicados.
92. Por todo o vindo de expor, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, de modo a evitar que situações como a dos presentes autos voltem a ocorrer.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

93. 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 chamado a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o Hospital de Santarém e a exponente E.F., ambos por ofícios datados de 1 de fevereiro de 2019.
94. Contudo, decorrido o prazo concedido para o efeito, nenhum dos interessados veio aos autos pronunciar-se sobre o teor do projeto de deliberação da ERS, pelo que este deve ser integralmente mantido.

V. DECISÃO

95. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., no sentido de:
- (i) Garantir, em permanência, o respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde com segurança e 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) Assegurar, em especial, a adequação dos seus procedimentos às características dos utentes ou outros circunstancialismos que elevem, acrescidamente, as exigências de

qualidade, celeridade, prontidão e humanidade referidas, nomeadamente, em razão da patologia, idade e especial vulnerabilidade dos utentes, não os sujeitando a longos períodos de espera para atendimento e respeitando os tempos-alvo previstos no Sistema de Manchester;

- (iii) 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;
- (iv) 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;
- (v) 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;
- (vi) 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) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

96. 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, 28 de fevereiro de 2019.