

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/055/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (doravante ERS) tomou conhecimento, em 16 de fevereiro de 2018, de uma reclamação subscrita por A.M., visando a atuação do prestador Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO), estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 15138, responsável por diversos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, entre os quais, o Hospital São Francisco Xavier, que, por seu turno, está registado no sistema sob o n.º 108186.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/16488/2018, a exponente alega, em suma, que o seu pai, com 84 anos, diagnosticado com Alzheimer, não viu garantido o seu direito ao acompanhamento, no serviço de urgência, e que, nesse seguimento, abandonou o estabelecimento de saúde sem que ninguém se tenha apercebido. O utente foi encontrado, na madrugada do dia 18 de janeiro de 2018, em Caselas, tendo regressado ao serviço de urgência acompanhado pelo INEM.
3. Para uma averiguação preliminar dos factos enunciados pelo exponente, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, em 16 de março de 2018, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/060/2018.
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 29 de março de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/055/2018, no sentido de apurar se a entidade visada cumpre as normas e procedimentos em vigor em matéria de direitos e interesses legítimos do utente, designadamente o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança e o direito ao acompanhamento.
5. Subsequentemente, em 12 de dezembro de 2018, foi apensada ao presente processo de inquérito a reclamação subscrita por I.C., em 8 de novembro de 2018, no livro de reclamações do Hospital Egas Moniz, por versar sobre a mesma temática em apreço.
6. A exposição de I.C. foi inicialmente tratada no âmbito do processo de reclamação n.º REC/91955/2018.
7. O Hospital Egas Moniz está registado no SRER da ERS sob o n.º 108188, sendo também explorado pelo CHLO.

I.2. Diligências

8. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS relativa à inscrição do prestador Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., e ao registo dos respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, Hospital de São Francisco Xavier e Hospital Egas Moniz;
 - (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao exponente A.M. em 5 de abril de 2018;

- (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao prestador CHLO, em 5 de abril de 2018, e análise da resposta datada de 20 de abril de 2018;
- (iv) Notificação da apensação da reclamação n.º REC_91955/2018 aos presentes autos à exponente I.C., por ofício datado de 14 de dezembro de 2018;
- (v) Notificação da apensação da reclamação n.º REC_91955/2018 aos presentes autos e pedido de elementos dirigido ao prestador CHLO, por ofício datado de 14 de dezembro de 2018, bem como análise da resposta rececionada pela ERS em 19 de dezembro de 2018.

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação da utente A. M. – REC/16488/2018

II.1.1. Do teor da reclamação

9. Em 16 de fevereiro de 2018, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação apresentada por A.M., na qualidade de filha de C.M., relativamente ao funcionamento do serviço de urgência (SU) do Hospital de São Francisco Xavier, da responsabilidade do CHLO, devido a constrangimentos no direito ao acompanhamento, bem como alegadas falhas ao nível da segurança e monitorização dos utentes.
10. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação, datada de 17 de janeiro de 2018:

“[...]”

O meu pai (...) deu entrada no Hospital São Francisco Xavier pouco depois das 14h acompanhado de minha mãe (...). Ele com 84 anos e ela com 89 anos. O meu pai tem alzheimer e tem de estar acompanhado pela minha mãe, a única pessoa que conhece. Por volta das 20h, expulsaram a minha mãe porque os acompanhantes não podiam estar presentes. Desde essa altura ninguém sabe o seu paradeiro. Estão acionados os meios de procura. A chefe de equipa (...) não sabe explicar e diz que não foi a sua equipa, típico “sacudir a água do capote”. Não é aceitável que se deixem idosos fragilizados sem vigilância e que ninguém tenha dado pela sua saída. São neste momento meia-noite e ainda ninguém sabe do meu pai.

Farei queixa na PSP, na Direção Geral da Saúde e no Ministério Público, por esta situação inacreditável.

[...].

11. Em resposta à referida reclamação, o CHLO remeteu à reclamante, por ofício datado de 2 de fevereiro de 2018, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

Relativamente ao teor da mesma, lamentamos e apresentamos as nossas desculpas pelo sucedido informamos que a Direção do Serviço de Urgência, assim como a equipa de serviço no dia em questão, tomaram conhecimento da presente exposição, no sentido de serem tomadas medidas para que situações como a descrita não se verifiquem.

Verificámos que logo que detetada a ausência (...) do serviço foram acionados todos os meios disponíveis para a sua rápida localização, o que se veio a verificar.

No que diz respeito ao acompanhamento, informamos que é permitido o acompanhamento, por um familiar/amigo dos utentes a serem assistidos no Serviço de Urgência, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21-03, que também refere que o seu artigo 14º que “o acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos”. Assim, em situações de grande afluência de utentes num determinado setor, de forma a garantir a privacidade e a prestação de cuidados adequados, poderá ser necessário suspender o acompanhamento.

[...]”.

12. Em anexo à sua resposta, o prestador remeteu uma comunicação da Direção do Serviço de Urgência, da qual consta:

“[...]

Existe de facto um Decreto-Lei que autoriza a permanência de um familiar a acompanhar o doente no Serviço de Urgência, nomeadamente quando este é demente.

Contudo, nos dias de grande afluxo de doentes, temos por vezes de utilizar a exceção, também prevista na lei, de não autorizar a presença de acompanhantes por manifesta falta de condições, como era o caso.

Lamentamos o sucedido que é da nossa inteira responsabilidade, e pedimos as nossas humildes desculpas, sabendo que tudo acabou em bem, o que muito nos conforta.

[...]”.

13. Em anexo ao seu ofício de resposta, o CHLO juntou cópia do diário clínico do episódio de urgência, de 17 de janeiro de 2018, do utente C.M., à data com 83 anos, onde estão inseridos os seguintes registos médicos:

“[...]

Observações: Homem de 83 anos, vem acompanhado da esposa, residem os dois em domicílio e frequentam centro de dia. Segundo a esposa, doente autónomo no domicílio com limitações devido a alzheimer.

Antecedentes pessoais: Alzheimer; não refere outros antecedentes [...]

HDA (fornecida pela esposa):

Doente encontrava-se com a esposa no centro de dia quando após almoço teve episódio de perda de consciência? [...] Neste contexto foram chamados os bombeiros e o doente trazido ao SU.

[...]

2018-01-17 22:59:31 – Evolução Clínica – doente passado do turno das 8-20h. Doente estaria a aguardar [...] em sala de inalatórios mas não respondeu à chamada. Doente não se encontra apesar de várias buscas nas instalações de urgência, não se encontrado nomeadamente nas salas de espera. Situação entregue à polícia judiciária (...) comunicada à chefe de equipa de Medicina. Foi visto nomeadamente pela família a última vez pelas 19h40m, quando foi ativada a lei 33 pela equipa fixa.

(...) **2018-01-18 04:02:36 – Evolução Clínica** – encontrado em Caselas após chamada de INEM. Observação: doente em estado geral, desorientado.

[...].”

II.1.2. Dos pedidos de elementos enviados ao prestador CHLO e das respostas por este concedidas

14. Por ofício de 5 de abril de 2018, o CHLO foi notificado da abertura do processo de inquérito e para esclarecimento cabal dos factos alegados foi remetido 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. *Informação sobre as medidas adotadas no momento em que os responsáveis do estabelecimento de saúde detetaram o desaparecimento do utente C.M.;*
3. *Informação sobre eventuais medidas corretivas que tenham sido adotadas em consequência do episódio ocorrido;*

4. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., 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;*
 5. *Envio de cópia do procedimento atualmente em vigor, no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., relativo ao direito de acompanhamento no serviço de urgência.*
 6. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*
- [...]

15. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico de 20 de abril de 2018, veio o prestador CHLO prestar os seguintes esclarecimentos:

[...]

1. *O (...), de 83 anos de idade, foi trazido ao Serviço de Urgência Geral deste centro hospitalar, pelos Bombeiros no dia 17/01/2018, pelas 14h05, na sequência de síncope sofrida no Centro de Dia, com recuperação espontânea. O utente vinha acompanhado pela esposa, que forneceu os dados para a história clínica, referindo que o doente tinha Doença de Alzheimer. [...]*

Na re-observação do utente, pelas 19h00, e por apresentar Troponina de 18, o médico decidiu que deveria repetir Troponina após 3 horas, pelo que ficou sentado na Sala de Inalatórios, onde foi visto pela família pela última vez às 19h40.

Nessa altura, e devido à manifesta sobrelotação do Serviço de Urgência Geral, nomeadamente na área do Balcão de Medicina e na Sala de Aerossóis, foi pedido aos familiares/acompanhantes que se ausentassem do serviço, aguardando na Sala de Espera, tal como previsto na Lei sempre que não se verificarem condições para a sua permanência.

Pelas 23h00 o enfermeiro que iria colher a amostra de sangue ao utente deu pela sua falta. De imediato foram realizadas várias buscas nas instalações do serviço, sem sucesso, a situação foi entregue à PSP do hospital (...) e comunicada aos Seguranças, assim como à Chefe de Equipa de Medicina (...). Pelas 04h00, (...) foi encontrado na zona de Caselas e transportado a Serviço de Urgência Geral.

Chegou desorientado [...].

2. *A ocorrência foi de imediato comunicada à PSP do hospital (...), aos Seguranças e à Chefe de Equipa de Medicina.*
3. e 4) *Habitualmente, e sempre que o enfermeiro tem conhecimento da vulnerabilidade mental de um utente, é-lhe colocada uma bata azul descartável. Os seguranças que se*

encontram nas duas entradas do Serviço de Urgência Geral são informados da situação, para que caso verifiquem a saída do utente alertem de imediato os enfermeiros do sector respetivo, que o irão buscar e conduzir ao local adequado. Esta situação irá ser reforçada junto dos profissionais do serviço;

4. *Anexamos o Regulamento de Visitas e Acompanhantes do Hospital de São Francisco Xavier, aprovado em 12/04/2017, e o Folheto Informativo do Serviço de Urgência Geral disponibilizado aos Acompanhantes.*

[...].”

16. Em anexo à sua resposta, o CHLO enviou à ERS cópia dos seguintes documentos:

- a) Regulamento de Visitas e Acompanhantes do Hospital de São Francisco Xavier, aprovado em 12 de abril de 2017;
- b) Folheto Informativo do Serviço de Urgência Geral disponibilizado aos Acompanhantes.

17. Do Regulamento de Visitas e Acompanhantes do Hospital de São Francisco Xavier consta o seguinte:

“[...]

2.3.2. Serviço de Urgência Geral:

No Serviço de Urgência Geral o acompanhante deve efetuar o respetivo registo na receção (das 08h00 às 21h00) ou na Admissão de Doentes (das 21h00 às 08h00), para que lhe seja colocada pulseira identificativa, com os dados do utente que está a acompanhar. Esta pulseira deverá ser colocada de forma visível e muda de cor diariamente. Ficará registado no sistema informático o nome, contacto telefónico e grau de parentesco/afinidade do acompanhante.

2.3.2.1. Balcão de atendimento:

O utente pode ser acompanhado de forma permanente, à exceção dos períodos de mudança de turno dos enfermeiros e médicos, (das 08h00 às 08h30 e das 20h00 às 21h00). Fora destes períodos o acompanhante poderá permanecer junto ao utente.

2.3.2.2. Serviço de Observação (S.O.)

O utente pode ser acompanhado de forma permanente entre as 12h00 e as 20h00. Durante o período de visita o acompanhante deverá sair, para que apenas permaneça uma pessoa junto ao utente.

Quando o acompanhamento cessar, por alta do utente, transferência ou por impossibilidade do acompanhante, a pulseira deverá ser devolvida à receção, que efetuará o respetivo registo.

3. Direitos do Acompanhante

3.1. O acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do utente, nas diferentes fases do atendimento, com as seguintes exceções: indicação expressa em contrário do utente e matéria reservada por segredo clínico.

3.2. O acompanhante tem o direito de permanecer junto do utente no horário definido, sempre que for possível para si e conveniente para o serviço.

3.3. Nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, o serviço deve promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente, invocados pelo acompanhante.

3.4. A equipa de saúde deve prestar ao acompanhante informação e orientação necessárias para que este possa, sob a sua supervisão, colaborar na prestação de cuidados ao utente internado.

4. Limites ao direito do Acompanhante

4.1. Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável.

4.2. A permanência do acompanhante não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos.

4.3. Nos casos previstos nos números anteriores compete ao profissional de saúde responsável pela prestação dos cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade/interrupção/suspensão do acompanhamento.

[...]

6. Acompanhamento familiar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência

6.1. As pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada, sempre que o serviço o permitir.

6.2. É aplicável ao acompanhamento familiar das pessoas identificadas no número anterior ao disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 19.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

[...]”.

II.2. Da reclamação da utente I.C. – REC/94955/2018

II.2.1. Do teor da reclamação

18. Em 5 de dezembro de 2018, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação apresentada por I.C., na qualidade de nora de P.M., relativamente ao funcionamento do internamento do CHLO, em matéria de segurança dos utentes especialmente vulneráveis.
19. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação, datada de 8 de novembro de 2018:

“[...]

A minha sogra fugiu deste hospital dia 08/11/2018 (hoje) às 08:00 da manhã e estava identificada com a roupa do hospital. [...] creio inadmissível deixarem sair os doentes assim no estado que a minha sogra estava, a minha sogra está em estado grave psicologicamente e fisicamente. [...]”.

20. Em resposta à referida reclamação, o CHLO remeteu à reclamante, por ofício datado de 3 de dezembro de 2018, os seguintes esclarecimentos:

“[...]

Na sequência da mesma, informamos que o motivo que a levou a apresentar a sua exposição foi devidamente registado. Nesta conformidade, cumpre-nos esclarecer que foram promovidas as diligências necessárias junto do Serviço de Medicina para correção e melhoria de procedimentos a adoptar em situações futuras como descrita na sua exposição. Não obstante, queria aceitar as nossas desculpas pelo transtorno causado.

[...]”.

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

21. Por ofício de 14 de dezembro de 2018, o CHLO foi notificado da apensação da reclamação n.º REC/91955/2018 ao presente processo de inquérito e para esclarecimento cabal dos factos alegados foi remetido o seguinte pedido de elementos:

“[...]

- 1. Pronúncia detalhada sobre o teor da reclamação de [IC] já junta sob o Anexo I;*
- 2. Informação sobre as medidas adotadas no momento em que foi detetado o desaparecimento da utente visada;*

3. *Informação sobre eventuais medidas corretivas que tenham sido adotadas em consequência do episódio ocorrido;*
4. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., para avaliar a segurança e o risco de evasão de utentes especialmente vulneráveis, que possam não estar no pleno gozo das respetivas faculdades mentais;*
5. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...].

22. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico de 19 de dezembro de 2018, veio o prestador CHLO informar:

[...]

Na sequência da mesma, informamos que o motivo que levou a apresentar a exposição, foi devidamente registado. Nesta conformidade, anexamos respostas da Enfermeira Chefe da Medicina II A, assim como da Enfermeira responsável pela utente, (...), as mesmas são explicativas sobre o facto ocorrido, assim como das diligências/providências que foram tomadas.

[...].

23. Em anexo ao sobredito ofício de resposta, o prestador CHLO remeteu à ERS a resposta da Enfermeira Chefe de Medicina II A, que presta os seguintes esclarecimentos:

[...]

Em 1.º lugar lamentamos desde logo a situação ocorrida e referimos que tal como é prática nestas situações, reflectimos em equipa sobre a nossa actuação no sentido de corrigir eventuais posturas e melhorarmos a nossa actuação em situações futuras similares.

Assim, face ao exposto no pedido de esclarecimento formalizado cabe-me informar que depois de ouvir a equipa de enfermagem e a Enfermeira Responsável pela utente (...), no turno em que teve lugar a ocorrência, cabe-me informar o seguinte:

1. *Ao longo do internamento a (...) tentou por diversas vezes abandonar o serviço de internamento, pelo que a equipa multidisciplinar tinha conhecimento e estava atenta vigiando a utente de forma mais regular.*
2. *Foi também solicitado o apoio reforçado da equipa de segurança que inclusive na véspera já tinha interceptado a utente e a encaminhou de regresso ao serviço de internamento.*

3. *A utente sempre que solicitava ausentar-se do serviço para fumar ia sempre acompanhada de Enfermeira ou Assistente Operacional e regressava com o mesmo acompanhante.*
4. *Perante o risco de fuga permanente a utente encontrava-se sobre contenção química e física como forma de prevenção perante o risco identificado.*
5. *Apesar destas medidas a utente conseguiu sair do serviço e posteriormente foram accionados todos os meios possíveis para a tentar localizar.*
6. *Segue em anexo a ocorrência exposta por escrito pela Enf.^a Responsável e que é esclarecedora do que aconteceu nesse dia.*

[...].

24. *Igualmente, em anexo à sobredita resposta, o prestador CHLO remeteu à ERS a resposta da Enfermeira responsável pela utente, que presta os seguintes esclarecimentos:*

[...]

Quando recebi o turno a doente encontrava-se no leito imobilizada com contenção física e com medicação (administrada às 7.40h). Por volta das 8.45h a doente estava no leito calma, pelas 9h foi dado o alarme do desaparecimento da doente, foi logo contactado o segurança e um elemento do serviço deslocou-se ao piso 1 a procurar a doente sem sucesso.

Foi também contactada a equipa médica que ligou aos familiares a informar da situação e na tentativa de localizar a doente.

Pelas 11.30h doente regressou ao serviço acompanhada pelos familiares, calma e hemodinamicamente estável.

[...].

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

25. *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.”*
26. *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.”*

27. 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.”;*
28. Consequentemente, o CHLO é uma entidade pública empresarial, responsável pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares HAFX e HEM, pelo que está legalmente submetido aos poderes de regulação e supervisão da ERS, onde, aliás, está inscrito, conforme indicado *supra*.
29. Segundo o disposto na alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como à proteção dos demais direitos e interesses legítimos dos utentes.
30. De tal forma que as atribuições *supra* enunciadas encontram-se expressamente incluídas no elenco dos objetivos regulatórios da ERS (cfr. alíneas b) a d) do artigo 10.º do seu diploma estatutário).
31. 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”;*

32. 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.
33. 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 direito ao acompanhamento e respetivos direitos e deveres dos acompanhantes

34. Em 21 de março de 2014, foi aprovada a Lei n.º 15/2014, de 21 de março¹, que revogou a Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e a Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro².
35. Conforme resulta do seu preâmbulo e do disposto no seu artigo 1.º, o sobredito diploma visa a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, não alterando significativamente o regime anterior, mas antes aportando uma melhor clarificação para a ordem jurídica vigente.
36. Assim, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, passou a apresentar, de forma clara e integrada, as regras gerais de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, bem como as regras específicas de acompanhamento da mulher grávida durante o parto e do acompanhamento em internamento hospitalar, tudo aspetos que se encontravam antes dispersos nas Leis n.º 14/85, de 6 de julho, Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro.
37. De acordo com o n.º 1 do artigo 12.º do antedito diploma, *“Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço”*.
38. E concretiza, no n.º 3 do *supra* referido diploma, *“É reconhecido o direito de acompanhamento familiar (...) a pessoas com deficiência, a pessoas em situação de dependência e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida”*.

¹ Que entretanto sofreu já uma primeira alteração, pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que contudo não introduziu qualquer alteração nesta matéria.

² Diplomas que fixavam o quadro normativo aplicável ao direito de acompanhamento, até à entrada em vigor da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

39. Continua o artigo 13.º da mesma Lei que *“nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito de acompanhamento, podendo de acordo com a lei, solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente, invocados pelo acompanhante”*.
40. Todavia, a Lei também refere que a natureza do parentesco ou da relação com o utente não pode ser invocada para impedir o acompanhamento.
41. Por outro lado, os limites ao direito de acompanhamento estão expressamente consagrados, no artigo 14.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, existindo um elenco restrito de limites:
- i) *“[...] Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável [...]”*;
 - ii) *“O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos”*.
 - iii) Sendo certo que, nestes casos, *“[...] compete ao profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.”*
42. O artigo 15.º do diploma legal em análise, por sua vez, faz referência aos direitos e deveres dos acompanhantes, e salienta-se aqui não só o dever de urbanidade, como o respeito pelas indicações dadas pelo profissional de saúde, quando devidamente fundamentadas.
43. Mas, em especial, o direito do acompanhante a ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento.
44. Sendo certo que, nos termos do artigo 22.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, encontra-se ainda estabelecido o princípio da cooperação entre o acompanhante e os serviços, nos termos do qual *“Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.”*
45. Ainda, e tal como já referido, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, vem também estabelecer o regime para Acompanhamento em internamento hospitalar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado

avanzado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde – cfr. artigos 19.º a 23.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

46. Concretizando o artigo 20.º do sobredito diploma que *“as pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avanzado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada”*.
47. Refira-se, igualmente, e à semelhança do já previsto nos diplomas entretanto revogados acima citados, que a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, consagra, no n.º 1 do seu artigo 31.º, não só a obrigação de adaptação dos serviços de urgência do SNS ao direito de acompanhamento, *“de forma a permitir que o utente possa usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços”*.
48. Mas, outrossim, que *“o direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respetivas normas e condições de aplicação”*.

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

49. 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 implementação³.
50. 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.
51. 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).

³ 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

52. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos.
53. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto⁴, 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”*.
54. 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 2015⁵, o serviço de urgência do Hospital de São Francisco Xavier (integrado no CHLO) é classificado como um serviço de urgência polivalente (SUP).
55. 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”*;
56. 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”*;
57. 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 enquadramento legal da prestação de cuidados de saúde – Do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde adequados, de qualidade e com segurança

58. 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.

⁴ O Despacho n.º 10319/2014 foi alterado pelo Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2º Série, N.º 228, de 20 de novembro de 2015.

⁵ 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.

59. Com efeito, a importância do bem jurídico tutelado imprime uma gravidade excepcional à prestação de cuidados de saúde em condições inadequadas.
60. 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.
61. 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.
62. 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.
63. 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”*.
64. 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.
65. 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).
66. Tendo o utente, bem assim, *“(…) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”* (n.º 2).
67. Estipulando, ainda, o n.º 3 que *“Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”*.
68. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente⁶, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.

⁶ Vide ponto 7. da “Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”.

69. 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*”.
70. 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.
71. 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.
72. 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).
73. 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.
74. 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*”.
75. Sendo certo que, é imprescindível adotar as medidas e os mecanismos necessários, por um lado, à proteção da pessoa especialmente vulnerável, como, igualmente, à proteção da segurança física de terceiros.
76. Pressuposto que resulta claro no Processo Fernandes de Oliveira v. Portugal, do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, que considerou a existência de uma violação do direito fundamental à vida, consagrado no artigo 2.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem,

pelo Estado português, quando a conduta do Hospital permitiu que um doente de foro psiquiátrico, ali internado, deambulasse livremente no seu perímetro circundante e que se suicidasse, quando era previsível tal conduta.

77. De acordo com o referido processo, os Estados estão obrigados a promulgar regulamentos a compelir as entidades prestadoras de cuidados de saúde a adotar as medidas apropriadas para proteção da vida dos seus utentes, o que inclui a obrigação positiva das autoridades de tomarem as medidas preventivas necessárias à proteção do indivíduo relativamente a outras pessoas e, em casos particulares, proteção de si próprio, especialmente quando existe conhecimento, ou este devia existir que a pessoa corre riscos imediatos e reais;
78. Adoção de medidas preventivas que sempre deverão ser norteadas pelo princípio geral de menor restrição possível.
79. 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.
80. 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 Adversos⁷, 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 - NOTIFICA⁸.
81. 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.
82. 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:

⁷ 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>.

⁸ 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>.

- 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. [...].”*

83. 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.5. Análise da situação concreta

III.5.1. Da reclamação da utente A. M. – REC/16488/2018

84. A reclamação que está na génese do presente processo foi apresentada por A.M., na qualidade de filha de C.M., porque este não viu garantido o seu direito ao acompanhamento, no serviço de urgência, e que, nesse seguimento, abandonou o serviço de urgência do Hospital de São Francisco Xavier, sem que ninguém se tenha apercebido.
85. Ora, da ponderação global dos elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, foi possível apurar que, no dia 17 de janeiro de 2018, o utente C.M. encontrava-se com a esposa no centro de dia quando, após almoço, teve um episódio de perda de consciência, e, nesse contexto, foram chamados os bombeiros sendo o mesmo levado ao SU do CHLO.
86. O utente, de 83 anos, diagnosticado com alzheimer, necessita, de acordo com A.M., de “*estar acompanhado pela minha mãe, única pessoa que conhece*”.
87. Ora, “*por volta das 20h, expulsaram a minha mãe porque os acompanhantes não podiam estar presentes. Desde essa altura ninguém sabe o seu paradeiro*”.
88. De acordo com a informação prestada pelo CHLO, “*é permitido o acompanhamento, por um familiar/amigo dos utentes a serem assistidos no Serviço de Urgência, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21-03, que também refere que o seu artigo 14º que “o acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados*

médicos”. Assim, em situações de grande afluência de utentes num determinado setor, de forma a garantir a privacidade e a prestação de cuidados adequados, poderá ser necessário suspender o acompanhamento”.

89. Concretizando que, *“devido à manifesta sobrelotação do Serviço de Urgência Geral, nomeadamente na área do Balcão de Medicina e na Sala de Aerossóis, foi pedido aos familiares/acompanhantes que se ausentassem do serviço, aguardando na Sala de Espera, tal como previsto na Lei sempre que não se verifiquem condições para a sua permanência”.*
90. Ora, de acordo com o disposto na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, a regra instituída é a de *“nos serviços de urgência do SNS [a todos ser] reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo essa informação ser prestada na admissão pelo serviço”; e a exceção a limitação ou restrição a esse direito nos casos em que “[...] o acompanhamento pode comprometer as condições e requisitos técnicos [...]”;*
91. Ou seja, apesar de estar prevista na lei a possibilidade de introdução de limites ao direito de acompanhamento, tanto não poderá assumir-se como regra aplicável de forma irrestrita e determinada para toda e qualquer situação, sem a necessária ponderação circunstanciada a cada caso concreto;
92. O que ganha uma nova dimensão quando em causa estão pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida.
93. Categoria a que o legislador dedicou especial cuidado a reconhecer o direito de serem acompanhadas nos serviços de urgência do SNS, determinando-as no n.º 3 do artigo 12.º da referida lei.
94. E, embora a lei preveja, de forma geral, a possibilidade de introdução de limites ao direito de acompanhamento, não se pode desconsiderar que em situações que envolvam pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida, deve ser exigido uma especial consideração, por parte do clínico responsável, das especificidades de cada situação;
95. Devendo a aplicação de restrições ao direito de acompanhamento ser, realmente, excecional.
96. Esta conclusão, pela indispensabilidade de ponderação circunstanciada de cada caso concreto e excecionalidade de aplicação de limitações, em situações de pessoas do grupo *supra* referido, resulta, igualmente, de o legislador, em sede de internamento, prever que *“as pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao*

acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada⁹.

97. Deste preceito normativo deduz-se o especial cuidado de o legislador garantir um acompanhamento amplo e permanente;
98. Devendo o mesmo só ser restringido, mesmo em situações de serviço de urgência, e por analogia, em casos excepcionais quando a presença do acompanhante compromete as condições e requisitos técnicos da prestação de cuidados de saúde.
99. E, nessas circunstâncias, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, determina que o profissional de saúde deve “[...] *informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento* [...]”.
100. Nesse sentido, importa garantir que o CHLO adeque a sua conduta, no que respeita à garantia do direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde e, dessa forma, evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos;
101. E ainda reforçar em especial o direito de, em situações excepcionais em que seja tomada a decisão de não acompanhamento, serem devidamente informados, utentes e seus acompanhantes, dos motivos que impedem a continuidade do acompanhamento;
102. Ora, se na situação concreta e ponderadas todas as circunstâncias, se concluir pela necessidade de limitar o direito de acompanhamento, o prestador tem a obrigação de garantir o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança.
103. O que, no caso *sub judice*, não se verificou.
104. O utente C.M., que deveria estar a aguardar na sala de inalatórios, não respondeu à chamada, tendo abandonado as instalações do serviço, sem que ninguém se tenha apercebido.
105. O utente foi encontrado, na madrugada do dia 18 de janeiro de 2018, em Caselas, tendo regressado ao serviço de urgência acompanhado pelo INEM.
106. Ora, conclui-se pela ocorrência de constrangimentos no direito de acesso do utente C.M. à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança.
107. Sendo que a atuação do CHLO terá contribuído decisivamente para o sobredito constrangimento, verificando-se falhas procedimentais na sua atuação, que deverão ser colmatadas;

⁹ Sublinhado nosso.

108. Tão mais evidentes quando o utente visado se encontrava especialmente vulnerável, o que claramente revela a cópia do diário clínico do episódio de urgência, de 17 de janeiro de 2018, da qual consta que o doente, embora estivesse, no momento da observação, orientado no espaço, estava *“desorientado no tempo”*.
109. Verifica-se, desde logo, que não terá havido por parte dos profissionais de saúde o cuidado de considerarem essa especial vulnerabilidade no momento em que requereram que a esposa do utente, sua acompanhante, saísse do serviço de urgência.
110. Deste modo, considerando a limitação ao direito ao acompanhamento, a particular vulnerabilidade do utente e a sua informação clínica, o CHLO tinha o dever de promover e aplicar todas as medidas e procedimentos indispensáveis a assegurar a segurança do utente e, até, de terceiros.
111. Conclui-se, assim, que os procedimentos assistenciais empregues no serviço de urgência do CHLO não foram garantísticos da proteção dos direitos e interesses legítimos do utente C.M., o que à ERS cumpre garantir, mormente do direito à prestação integrada e continuada de cuidados de saúde.

III.5.2. Análise da situação concreta da reclamação da utente I.C. – REC/94955/2018

112. A reclamação foi apresentada por I.C., na qualidade de nora de P.M., relativamente ao funcionamento do internamento do CHLO, em matéria de segurança dos utentes especialmente vulneráveis.
113. Concretamente, no dia 8 de novembro de 2018, a utente P.M., diagnosticada com cancro, e *“em estado grave psicologicamente e fisicamente”*, padecendo de alucinações, abandonou o CHLO.
114. De acordo com a resposta da enfermeira responsável pela utente, *“quando recebi o turno a doente encontrava-se no leito imobilizada com contenção físico e com medicação (administrada às 7.40h). Por volta das 8.45h a doente estava no leito calma, pelas 9h foi dado o alarme do desaparecimento da doente (...)”*.
115. Momento no qual se deu pela ausência do utente P.M., dando-se, de imediato, início a diligências na procura da utente, inclusive, desencadearam-se contatos com o segurança e a equipa médica, que, por sua vez, comunicou à família.
116. De salientar que a utente, antes do referido dia, já por diversas vezes tinha tentado ausentar-se do internamento;

117. Inclusivamente, na véspera, a equipa de segurança intercetou a utente e encaminhou-a de regresso ao serviço de internamento;
118. Mais, por força das tentativas de evasão prévias, várias medidas foram tomadas, como a vigia da utente de forma mais regular, a solicitação de apoio reforçado da equipa de segurança (que resultou na interceção *supra* mencionada), bem como, o acompanhamento da utente sempre que a mesma se ausentava do serviço de internamento para fumar;
119. Sendo, até, que “*perante o risco de fuga permanente a utente encontrava-se sobre contenção química e física como forma de prevenção perante o risco identificado*”.
120. Contudo, no caso *sub judice*, embora tenha existido o cuidado de adotar medidas para acautelar o risco identificado, estas foram insuficientes.
121. A utente acabou por abandonar o serviço de internamento, no período compreendido entre as 8h45m, hora em que é vista pela enfermeira responsável, e as 11h30m, hora em que retorna ao serviço acompanhada pelos familiares.
122. Ora, conclui-se pela existência de constrangimentos no direito de acesso da utente P.M. à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança.
123. O que é tão mais relevante quando a utente visada se encontrava especialmente vulnerável, devido à sua patologia clínica;
124. De tal forma, que foi internada no CHLO;
125. Assim, aquela entidade ficou responsável pelo tratamento, acompanhamento e monitorização da utente.
126. Todavia, não adotou as medidas e procedimentos necessários e suficientes para o efeito, especialmente considerando o historial de evasões prévias ao dia 8 de novembro de 2018.
127. Medidas e procedimentos indispensáveis para garantir a segurança da utente e, até, de terceiros, que o CHLO tem o dever de promover e aplicar, no serviço de internamento dos seus estabelecimentos, prevenindo-se a ocorrência de situações idênticas à denunciada.
128. 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

129. 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 prestador CHLO e os reclamantes A.M., I.C. e P.M., por ofícios datados de 7 de fevereiro de 2019.

130. 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

131. 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 na alínea a) do artigo 24.º e dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência, o direito dos utentes ao acompanhamento por pessoa por si indicada, em contexto de serviço de urgência, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Garantir que, em situações excecionais, em que ocorra a decisão de não acompanhamento dos utentes tendo em vista a qualidade dos cuidados prestados e as condições de segurança para profissionais e utentes e/ou nos casos em que o acompanhamento comprometer as condições e requisitos técnicos, aos utentes e seus acompanhantes, sejam explicados os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (iii) Adotar as medidas e/ou procedimentos que se revelem aptos para assegurar que, durante a permanência no serviço de urgência e no internamento hospitalar os utentes 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 e do internamento hospitalar 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) Implementar um procedimento interno para atuação em caso de desaparecimento de doente em serviço de urgência e em internamento hospitalar;
- (vi) 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;
- (vii) 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;
- (viii) 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.

132. 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, 7 de março de 2019.