

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/153/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (doravante ERS) tomou conhecimento, em 31 de outubro de 2018, através de uma notícia veiculada pela comunicação social, que um utente, diagnosticado com esquizofrenia, tinha fugido do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. (doravante, CHTV), e que a polícia estava à procura do mesmo.
2. Compulsado o Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (doravante SRER) da ERS, apurou-se que o CHTV se encontra registado na ERS sob o n.º 21483, sendo responsável por

dois estabelecimentos hospitalares do setor público, entre os quais, o Hospital de S. Teotónio, que, por seu turno, está registado no sistema sob o n.º 102682.

3. Na sobredita notícia é concretamente relatado que o utente “[...] de 24 anos fugiu ontem de manhã do hospital psiquiátrico de Abraveses, Viseu, onde estava internado. A PSP e familiares procuram o jovem que sofre de esquizofrenia [...]”.
4. Para uma averiguação preliminar dos factos narrados na notícia acima referida, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, em 31 de outubro de 2018, procedeu-se à abertura do processo de avaliação registado sob o número n.º AV/176/2018.
5. 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 21 de novembro de 2018, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/153/2018, no sentido de conformar uma intervenção regulatória dirigida ao prestador, com o objetivo de garantir o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança e prevenir a ocorrência de situações semelhantes ao caso *sub judice*.

I.2. Diligências

6. 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 Tondela-Viseu, E.P.E. e ao registo do respetivo estabelecimento prestador de cuidados de saúde, Hospital de São Teotónio;
 - (ii) Compulsado o Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS não foi encontrada qualquer reclamação relativa à presente situação;
 - (iii) Notificação de abertura de processo de avaliação n.º AV/176/2018 e pedido de elementos enviado ao prestador, em 31 de outubro de 2018, e análise da resposta datada de 6 de novembro de 2018;
 - (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada ao prestador, em 26 de novembro de 2018.

II. DOS FACTOS

7. Em 31 de outubro de 2018, através de uma notícia veiculada pela comunicação social, a Entidade Reguladora da Saúde (doravante ERS) tomou conhecimento que um utente, diagnosticado com esquizofrenia, tinha fugido do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHTV, e que a polícia estava à procura do mesmo.
8. Na sobredita notícia é concretamente relatado que o utente “[...] de 24 anos fugiu ontem de manhã do hospital psiquiátrico de Abraveses, Viseu, onde estava internado. A PSP e familiares procuram o jovem que sofre de esquizofrenia [...]”.
9. No âmbito do processo de avaliação n.º AV/176/2018, foi remetido ao CHTV, em 31 de outubro de 2018, o seguinte pedido de elementos:

“[...]”

1. *Pronúncia detalhada sobre o teor da notícia que está na origem dos presentes autos;*
2. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do CHTV, para avaliar a segurança e o risco de evasão dos utentes, especialmente dos mais vulneráveis, que possam não estar no pleno gozo das suas faculdades mentais;*
3. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do CHTV, para casos de desaparecimento de utentes, com envio do respetivo suporte documental;*
4. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos em vigor, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do CHTV, 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;*
5. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*

[...] – cfr. fls. 12 a 14 dos autos.”

10. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico de 6 de novembro de 2018, o CHTV veio prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

Em resposta ao ofício mencionado em epígrafe somos a esclarecer a Vª. Exª. o seguinte:

O incidente (indevidamente) reportado no Correio da Manhã está descrito nas cópias dos ofícios enviados pela Sra. Enfermeira em Funções de Chefia (...) e pelo Diretor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (...).

De referir que o Serviço de Psiquiatria do CHTV apenas trata de doentes agudos, e não se trata de um hospital-prisão. Os doentes todos fazem um percurso terapêutico com vista à alta, incluindo com fins de semana de inserção na família e na comunidade e este percurso faz-se sempre por tentativas.

As fugas, por serem comuns neste tipo de doentes, têm, para além de um procedimento institucional, um procedimento próprio, do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Junto enviamos:

- 1) Ofício da Sr^a. Enf^a (...);
- 2) Ofício do Sr. Diretor do Serviço (...);
- 3) Procedimento Institucional sobre atuação;
- 4) Procedimento do Manual de procedimentos do Departamento Psiquiatria e Saúde Mental sobre risco de fuga;
- 5) Relatório sobre Participações à Gestão de Risco, referente a 2017, que está para aprovação.

Gostaria de lamentar, finalmente, o facto de quer a identidade do doente, quer a patologia de que padece terem sido violadas em sede de Comunicação Social, não tendo o CHTV qualquer responsabilidade nesse facto.

[...].

11. O ofício do Sr. Diretor do Serviço, de 2 de novembro de 2018, com o assunto “Fuga do Serviço do doente (...)”, refere o seguinte:

“Conforme referido e descrito em Nota de Serviço da Sr^a Enf. Chefe (...), em funções de chefia do Setor de Internamento, informo que o utente ausentou-se do Internamento sem consentimento ou sequer dado conhecimento a qualquer técnico do serviço dessa intenção.

Foram acionados os mecanismos protocolados neste contexto, vindo o utente a regressar ao Internamento acompanhado das autoridades (previamente notificadas).

Assim, foram acionados os procedimentos adequados neste tipo de situação.

[...].

12. A nota de serviço da Sr.^a enfermeira, de 2 de novembro de 2018, com o assunto “Fuga do Serviço do doente (...)”, refere o seguinte:

“Venho por este meio informar que o doente acima citado encontra-se internado no serviço de Psiquiatria Setor Masculino desde o dia 28-09-2018. No dia 30-10-2018 pelas 10,45H os enfermeiros aperceberam-se que o doente não se encontrava no serviço, tendo-se ausentado sem dar conhecimento a ninguém. Após se ter confirmado que o doente não se encontrava nem no serviço nem no recinto hospitalar, acionaram-se todos os procedimentos instituídos quando um doente entra em fuga: comunicou-se ao médico assistente, contactou-se o pai a dar conhecimento da situação e contactou-se a PSP, que se deslocou ao serviço para ser informada das características do doente para melhor o poder procurar e identificar.

O doente foi localizado a deambular pela cidade e regressou ao serviço cerca das 2,15H de dia 31-10-2018, trazido por agentes da autoridade e acompanhado pelo pai. Deu-se conhecimento ao médico assistente depois de terem sido prestados todos os cuidados ao doente.

Todos estes procedimentos foram realizados segundo o procedimento institucional “Risco de Fuga” existente no serviço, com registos no Processo do Doente, não sendo habitual a realização de nenhum relatório, tendo sido feito por me ter sido solicitado.

[...]”.

13. Em anexo ao seu ofício de resposta, o CHTV juntou cópia do procedimento *“Manual de P. P. Organização e Prestação de Cuidados”*, do Hospital de São Teotónio, elaborado em 4 de janeiro de 2006 e revisto em 4 de dezembro de 2008, com o título *“Atuação em casos de doentes/utentes desaparecidos das Unidades/Serviços do Hospital”*, com o seguinte teor, no que para o presente caso releva:

“[...]

FUNDAMENTOS:

O Hospital tem o dever de zelar pela segurança dos seus doentes/utentes. Ao mesmo tempo os doentes/utentes têm o direito legal de deixar o Hospital, a menos que se encontrem nas situações previstas na Lei de Saúde Mental (Lei 36/98 de 24 de Julho) ou no Código Penal.

O Hospital deve estar particularmente vigilante nos cuidados que presta a doentes/utentes vulneráveis:

- 1. Doentes/utentes auto-agressivos*
- 2. Doentes/utentes confusos devido à sua situação clínica ou idade*
- 3. Doentes/utentes com depressão*
- 4. Doentes/utentes com capacidades intelectuais diminuídas*
- 5. Crianças*

OBJECTIVOS:

1. *Fornecer instruções sobre o modo de atuação nos casos de desaparecimento de doentes/utentes.*
2. *Salvaguardar a segurança dos doentes/utentes e minimizar os danos que se possam causar pela sua saída não autorizada do Hospital.*

PRINCÍPIOS:

1 — *Todos os doentes/utentes internados deverão estar identificados com pulseira que identifique de forma clara o doente/utente e o serviço em que está internado.*

2 - *Todos os doentes/utentes devem ser informados de que não podem sair do serviço / unidade sem previamente informar o pessoal de enfermagem / técnico e ter indicação ou autorização para tal.*

3 - *O doente/utente tem direito a pedir a sua alta, mesmo contra parecer médico, com exceção dos casos previstos no capítulo C – Situações específicas. A atuação dos profissionais deverá ser no sentido de persuadir o doente/utente a permanecer no Serviço. O uso da força física só é permitida quando se verifica fuga criminosa ou prática continuada de danos e cessa com a chegada do agente de autoridade judicial ou policial (Art.161º do Código Penal). O uso de restrição física obedece ao disposto no procedimento nº 20 do MOPC - Restrições Físicas.*

4 - *No caso de pedido de alta contra parecer médico, o impresso próprio de “Alta a pedido” (Modelo 226) deve ser assinado pelo doente / representante legal antes de deixar a enfermaria. Um registo do facto deve ser efetuado pelo Médico Assistente e pelo Enfermeiro Responsável no processo clínico do doente/utente, onde também é arquivado o impresso assinado.*

[...]

ATUAÇÃO:

A — Desaparecimento de um doente/utente

Se um Profissional de um Departamento/Serviço/Unidade, nota o desaparecimento de um doente/utente:

1 - O **Profissional** comunica o facto ao Enfermeiro / Técnico Responsável da Unidade / Serviço.

2 - O Enfermeiro / Técnico Responsável:

1.º - *Verifica se o doente/utente teve alta do internamento;*

2.º - *Se não teve alta, Informa a Central de Segurança [...], solicitando o fecho automático das portas de saída se julgar necessário;*

3.º - *Verifica se o doente/utente se deslocou a outro serviço para tratamentos / exames;*

4.º - *Procura nas áreas adjacentes (piso);*

Se o doente/utente foi encontrado:

5.º - *Informa a Central de Segurança — fim do procedimento.*

Se o doente/utente se mantém desaparecido:

6.º - *Avalia a vulnerabilidade do doente/utente;*

7.º - *Informa o Diretor do Serviço ou na sua ausência, o Chefe de Equipa da Urgência respetiva;*

8.º - *Informa o Enf.º Chefe ou, na sua ausência, o Enf.º de Coordenação ao Hospital.*

9.º - *Regista a ocorrência e seu desenvolvimento no processo clínico bem como no Modelo 304 (Registo de acidentes / incidentes / erros e reclamações).*

3 — O **operador da central de Segurança** comunica, de imediato, o desaparecimento a todos os postos de segurança/controlo de entrada e saída de doentes/utentes e viaturas, acionando o fecho automático das portas de saída se para tal for instruído.

4 — Compete ao **Diretor de Serviço** ou, na sua ausência, ao Chefe de Equipa da Urgência, tomar a decisão de acionar os meios necessários, de acordo com a situação e a vulnerabilidade do doente/utente, incluindo a informação a pessoa de referência/familiar ou representante legal do doente/utente e a autoridade judiciária ou entidade policial.

No caso de menores desaparecidos, segue-se o descrito no Cap. C — *Situações Específicas*, ponto 4.

B — Suspeita de fuga / abandono do hospital

Se um Profissional suspeita que um doente/utente está a deixar o hospital sem autorização:

1 - *O profissional alerta o posto de segurança mais próximo.*

2 - *O Segurança (elemento da equipa de segurança interna) verifica se o doente/utente está devidamente autorizado a sair, solicitando-lhe a carta de alta ou documento que autorize a sua saída.*

3 - *Em caso de dúvida, o Segurança entra em contacto com a Central de Segurança no sentido de confirmar se foi comunicado o desaparecimento de algum doente/utente por parte dos serviços.*

4 - *Em caso afirmativo informa o Enfermeiro/Técnico Responsável do respetivo serviço, da localização do doente/utente, depois tenta controlar o doente/utente procurando “ganhar tempo” até à chegada do Enfermeiro/Técnico Responsável.*

5 - *Se o desaparecimento não foi participado a Central de Segurança pelos serviços, o Segurança deve vigiar as movimentações do doente/utente e aguardar participação de eventual desaparecimento.*

6 - *Efetua registo / relatório da ocorrência.*

C — Situações Específicas

1 - *No caso de doentes / Utentes sujeitos a internamento compulsivo deve atuar-se de acordo com o estipulado na Lei n.º 36/ 98, de 24 de Julho e conforme o procedimento do DPSM - Risco de Fuga.*

2 - *No caso de doentes/utentes sob custódia deve atuar-se de acordo com a legislação em vigor e ordem do Tribunal.*

[...].”

14. Em anexo ao seu ofício de resposta, o CHTV juntou cópia do manual do Procedimento N.º 2DP/2002 – Risco de Fuga, do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Teotónio, elaborado em 2 de janeiro de 2002 e revisto, pela última vez, em 30 de janeiro de 2008, com o título “*Atuação em casos de doentes/utentes desaparecidos das Unidades/Serviços do Hospital*”, do qual consta:

“[...]

FUNDAMENTAÇÃO:

Nos Serviços de internamento psiquiátrico verificam-se frequentemente situações de fuga de doentes, principalmente nos casos de internamento compulsivo.

As situações de fuga, não devem no entanto ser confundidas com o abandono dos Serviços por parte de alguns doentes.

A fuga, configura os casos de internamento compulsivo, enquanto o abandono caracteriza aquelas situações em que os doentes aceitaram voluntariamente o internamento.

Tanto a fuga como o abandono podem originar situações de risco que este procedimento pretende acautelar.

Nas alíneas A) e B) em seguida apresentadas são descritos, relativamente a cada situação, os procedimentos necessários:

A. Fuga

B. Abandono

Nas situações de fuga, são obrigatórios os procedimentos abaixo descritos na alínea A).

Nas situações de abandono do Serviço, a obrigatoriedade dos procedimentos abaixo descritos na alínea B), depende da avaliação rigorosa da situação do doente por parte do enfermeiro de forma a evitar a violação de direitos humanos e a permitir o cumprimento da Lei de Saúde Mental, tendo por base o pressuposto de que ao doente internado voluntariamente, não é exigida a permanência no Serviço contra a sua vontade.

No entanto, algumas vezes, apesar da aceitação voluntária do internamento, a situação do doente modifica-se, exigindo da parte do enfermeiro, um especial dever de cuidado no cumprimento de alguns procedimentos sempre que ocorrer uma situação de abandono do Serviço por parte do doente.

Nestes casos, a avaliação deve ter em conta critérios técnicos e de bom senso os procedimentos que vão ser descritos na alínea B) só devem ser executados, sob pena de violação dos direitos do doente, naqueles casos em que a situação clínica do doente assim o justificar tais como:

- Estado confusional;*
- Incapacidade para avaliar riscos para si próprio ou terceiro.*

Esta avaliação é fundamental, uma vez que poderá dar origem a transformação do internamento voluntário do doente em compulsivo por parte do médico assistente.

DESCRIÇÃO:

Sempre que surja uma situação de ausência do Serviço de Internamento por parte do doente, não permitida pelo médico assistente, o pessoal de enfermagem deve:

1º - Verificar se o doente foi internado compulsivamente e neste caso configura-se uma situação de fuga, devendo ser realizados os procedimentos descritos na alínea A);

2º - Verificar se o doente aceitou voluntariamente o internamento e neste caso estamos perante uma situação de abandono do Serviço, devendo atender aos procedimentos descritos na alínea B).

A) Procedimento nas situações de fuga

Devem ser informados:

- O médico psiquiatra de serviço à urgência;**
- A polícia ou GNR;**
- A família do doente;**

- O tribunal.

1 — *Compete ao enfermeiro informar:*

A polícia;

O médico psiquiatra;

A família do doente.

2 — *Compete ao médico assistente informar:*

O Tribunal.

3. — *Compete aos serviços administrativos:*

Enviar para o tribunal a informação necessária sobre a situação de fuga.

B) Procedimento nas situações de abandono

(Apos avaliação da situação)

Podem ser informados:

- O médico psiquiatra;

- A polícia;

- A família do doente.

Esta informação é da competência do enfermeiro.

[...]”.

15. Em anexo, o CHTV juntou, ainda, cópia do Relatório de Participações à Gestão de Risco, referente ao ano de 2017 – Mod. 304, com a menção de apenas um desaparecimento/fuga de doente.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

16. 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.*”
17. 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.”*

18. 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.”;*
19. Consequentemente, o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, 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 21483.
20. 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.
21. 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).
22. 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”;*

23. 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.
24. 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

25. 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.
26. Com efeito, a importância do bem jurídico tutelado imprime uma gravidade excepcional à prestação de cuidados de saúde em condições inadequadas.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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*”.
31. 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.

32. 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).
33. Tendo o utente, bem assim, "*(...) direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*" (n.º 2).
34. Estipulando, ainda, o n.º 3 que "*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*".
35. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente¹, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
36. 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*".
37. 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.
38. 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.
39. 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

¹ Vide ponto 7. da "Carta Europeia dos Direitos dos Utentes".

observarem o princípio da dignidade da pessoa humana, como princípio estruturante da República Portuguesa (cfr. artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa).

40. 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.
41. 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”*.
42. No caso do utente dos serviços de saúde mental, a lei prevê, especificamente, que este tem o direito de *“receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade”*, nos termos da alínea b), do art.º 5.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho (doravante, Lei de Saúde Mental).
43. O legislador consagra, assim, uma particular atenção à prestação de cuidados de saúde mental, acautelando as especiais fragilidades inerentes à necessidade de assegurar e restabelecer o equilíbrio psíquico dos utentes, para o desenvolvimento das suas capacidades na construção da personalidade e promoção da sua integração no meio social em que vive.
44. Princípios, igualmente, consagrados na Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de dezembro de 1991, sobre princípios para a proteção de pessoas com doença mental e para melhoramento dos cuidados de saúde mental, que determina, no n.º 2 do Princípio 1, que *“todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana”*.
45. Existe, assim, uma especial preocupação, tanto a nível nacional como internacional², de promover, proteger e assegurar o usufruto, total e igual, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por pessoas com doenças mentais, assim como, de promover o respeito pela sua inerente dignidade.
46. No que respeita à prestação de cuidados de saúde, o Princípio 8 da Resolução *supra* mencionada, com a epígrafe “Padrões de Tratamento”, estatui que:

² Ver a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na Resolução 61/106, de 13 de dezembro de 2006.

“1. Cada paciente terá direito a receber os cuidados de saúde e a proteção social adequada às suas necessidades de saúde, e tem direito a cuidados e tratamentos que obedecem às mesmas normas que as aplicáveis a outras pessoas doentes.

2. Cada paciente será protegido contra quaisquer malefícios, incluindo medicação injustificada, maus tratos cometidos por outros pacientes, pelo pessoal ou por terceiros, ou outros atos causadores de sofrimento mental ou desconforto físico”.

47. Ademais, *“Cada paciente terá o direito de ser tratado no ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou intrusivo adequado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de terceiros”*, nos termos do Princípio 9 da Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de dezembro de 1991.

48. A prestação de cuidados de saúde mental é, assim, pautada pela existência de uma dicotomia entre a necessidade de respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos utentes com doenças mentais, com especial enfoque na liberdade e segurança da pessoa, e a indispensabilidade de proteção de bens jurídicos fundamentais, como o direito à vida e à integridade física, do utente e de terceiros.

49. Assim, e na prossecução daquele primeiro sentido, a prestação de cuidados de saúde é regido pelo princípio geral de promoção prioritária, dos cuidados de saúde, a nível comunitário, *“por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”*, estatuiu-se que os cuidados de saúde em causa são prestados no meio menos restritivo possível³.

50. 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.

51. Pressuposto que resulta claro no Processo Fernandes de Oliveira v. Portugal, do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH)⁴, que estatui que do direito fundamental à vida, consagrado no artigo 2.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem, resultam obrigações positivas;

52. Concretizando que, não só, aos Estados compete a promulgação de regulamentos a compelir as entidades prestadoras de cuidados de saúde a adotar as medidas apropriadas à proteção da vida dos seus utentes;

53. Como também, compete às entidades adotar as medidas preventivas adequadas a proteger um utente de outro indivíduo ou, em circunstâncias especiais, de si próprio.

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

⁴ Decisão da Grand Chamber do TEDH de 31 de Janeiro de 2019.

54. Assim, nas situações em que as autoridades conheciam ou tinham o dever de conhecer a existência de risco imediato e real à vida de um concreto indivíduo⁵, estas possuem o dever de tomar as medidas e procedimentos razoáveis e adequados a evitar que esse risco se materialize, dentro dos seus poderes e competências;
55. Adoção de medidas preventivas que sempre deverão ser norteadas pelo princípio geral de menor restrição possível.
56. Sendo que, em relação a doentes de saúde mental, o TEDH considera-os como particularmente vulneráveis, o que se traduz na exigência de um cuidado especial na garantia de condições que correspondam às necessidades especiais do utente.
57. 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.
58. 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.
59. 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 Adversos⁶, 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 - NOTIFICA⁷.
60. 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.

⁵ Para avaliar a existência de risco, de acordo com o referido processo, são de considerar os seguintes fatores: o histórico de doenças mentais, a gravidade da condição mental no momento da avaliação clínica, tentativas prévias de suicídio ou auto-mutilação, conhecimento de pensamentos suicidas ou ameaças e sinais de agitação física ou mental.

⁶ 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>.

⁷ 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>.

61. 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. [...].”*

62. 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. Análise da situação concreta

63. A notícia, veiculada pela comunicação social, que está na génese do presente processo, data de 31 de outubro de 2018, relatando o desaparecimento de um utente do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHTV.

64. Concretamente, na sobredita notícia é relatado que um utente “[...] de 24 anos fugiu do [...] hospital psiquiátrico de Abraveses, Viseu, onde estava internado. A PSP e familiares procuram o jovem que sofre de esquizofrenia [...]”.

65. O CHTV confirmou, em mensagem eletrónica em 6 de novembro de 2018, que a notícia divulgada pela comunicação social era verdadeira.

66. Em anexo, o CHTV juntou uma nota de serviço da enfermeira chefe e do diretor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, onde é referido o seguinte:

“[...] o doente acima citado encontra-se internado no serviço de psiquiatria setor masculino desde o dia 28-09-2018. No dia 30-10-2018 pelas 10,45H os enfermeiros aperceberam-se que

o doente não se encontrava no serviço, tendo-se ausentado sem dar conhecimento a ninguém. Após se ter confirmado que o doente não se encontrava no serviço, nem no recinto hospitalar, acionaram-se todos os procedimentos instituídos quando um doente entra em fuga: comunicou-se ao médico assistente, contactou-se o pai a dar conhecimento da situação e contactou-se a PSP, que se deslocou ao serviço para ser informada das características do doente para melhor o poder procurar e identificar.

O doente foi localizado a deambular pela cidade e regressou ao serviço cerca das 2,15H do dia 31-10-2018, trazido por agentes da autoridade e acompanhado pelo pai. Deu-se conhecimento ao médico assistente depois de terem sido prestados todos os cuidados ao doente.

Todos estes procedimentos foram realizados segundo o procedimento institucional “Risco de Fuga” existente no serviço com registos no processo do doente, não sendo habitual nenhum relatório [...].”

67. Ora, conclui-se que o utente visado poderá não ter sido convenientemente monitorizado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHTV, onde estava internado;
68. E, na sequência, existiu um constrangimento do direito de acesso do utente J.P. à prestação de cuidados de saúde integrados, de qualidade e com segurança, sendo que a atuação do CHTV terá contribuído para o sobredito constrangimento;
69. Porquanto, o utente visado encontrava-se especialmente vulnerável, devido à sua patologia clínica;
70. De tal forma, que foi internado no referido serviço de internamento do Departamento de Psiquiatria.
71. Assim, aquela entidade ficou responsável pelo tratamento, acompanhamento e monitorização do utente.
72. Todavia, não adotou as medidas necessárias e suficientes para o efeito.
73. Medidas e procedimentos indispensáveis para garantir a segurança do utente e, até, de terceiros, que o CHTV tinha o dever de promover e aplicar.
74. O que aliás é corroborado, conforme já *supra* referido, no Processo Fernandes de Oliveira v. Portugal, do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, que concluiu que 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.
75. Sem prejuízo do exposto, no seguimento da intervenção da ERS, o prestador informou ter adotado várias medidas e/ou procedimentos destinados à atuação em casos de

doentes/utentes desaparecidos das Unidades/Serviços do Hospital e procedimentos em caso de fuga do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

76. Não obstante, importa assegurar a eficácia de tais medidas 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.
77. 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.
78. 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

79. 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 CHTV, por ofício datado de 15 de fevereiro de 2019.
80. A ERS rececionou em 28 de fevereiro de 2019 a pronúncia do prestador CHTV, nos termos seguintes:

“[...]

Em resposta ao vosso ofício [...], de 15 de fevereiro, de V. Exa., cumpre-me informar:

I. Consideramos que está a ser garantido o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde com segurança;

II. Vamos proceder à implementação de medidas adicionais de vigilância no edifício, que dificultem a fuga ou abandono dos doentes, sem prejuízo da manutenção de ambiente menos restrito possível, de acordo com o princípio 9.º da resolução das Nações Unidas.

III. Estamos a rever o procedimento sugerido, que enviaremos logo que aprovado,

IV. Será feita formação em todo o Departamento sobre o procedimento revisto.

Manifestando-me ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais julgados pertinentes.

[...]”.

81. Analisados os elementos invocados na pronúncia, cumpre analisar a suscetibilidade de os mesmos infirmarem a deliberação delineada e a sua compatibilidade com a necessidade de garantia da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde com segurança.
82. Desde logo, verifica-se que o prestador não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação.
83. Na realidade, o prestador procurou, logo em sede de audiência, demonstrar a adequação do seu comportamento ao projeto de deliberação da ERS, demonstrando o cumprimento das alíneas (i) a (v) da instrução proposta.
84. Ora, embora o prestador manifeste a intenção de adequação do seu comportamento, nomeadamente com a implementação de medidas adicionais de vigilância no edifício, bem como, a revisão do procedimento e correspondente formação aos seus profissionais;
85. As *supra* mencionadas medidas carecem de concretização material, sendo manifesto a necessidade de as executar.
86. Assim sendo, tendo em vista garantir uma efetiva interiorização e assunção das obrigações em causa e, bem assim, a adequação integral e permanente do comportamento do prestador, para evitar que situações como a presente neste processo sucedam, mantém-se a necessidade de uma intervenção regulatória da ERS;
87. Motivo pelo qual se mantém, na íntegra, a decisão projetada.

V. DECISÃO

88. 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 Tondela-Viseu, E.P.E., no sentido de:
- (i) Garantir, em permanência, o respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente, o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde com segurança;
 - (ii) Adotar as medidas e/ou procedimentos que se revelem aptos para assegurar que, durante a permanência no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHTV, os utentes sejam devidamente monitorizados e acompanhados, de forma consentânea

com a verificação de eventuais alterações do seu estado de saúde, para a prestação integrada e continuada de cuidados de saúde;

- (iii) Implementar um procedimento interno para avaliação do risco de abandono do serviço de internamento hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHTV, por parte dos utentes e para prevenção do mesmo, sempre que esse abandono possa representar perigo para o próprio e/ou para terceiros, pela inerente quebra na prestação de cuidados de saúde;
- (iv) Emitir e divulgar ordens e orientações claras e precisas, para que as medidas e/ou procedimentos por si adotados sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os seus colaboradores;
- (v) 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.

89. 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, 14 de março de 2019.