ERS
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
20 ANOS

DELIBERAÇÕES

17 de outubro de 2024

ERS/046/2024

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) 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/046/2024;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A ERS tomou conhecimento, em 26 de setembro de 2023, de uma reclamação subscrita por AC, visando a atuação da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E. (ULSAC), entidade prestadora de cuidados de saúde registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º 12968.

2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/102743/2023, a exponente AC alega, em suma, falhas ao nível da segurança e da monitorização do utente ANC, seu pai, doente com 93 anos que "*se baralha e não está com a memória e raciocínio a funcionar bem*", porquanto, o mesmo não viu garantido o seu direito ao acompanhamento no serviço de urgência, tendo logrado abandonar a ULSAC no decurso da prestação de cuidados de saúde.

3. Em resposta à reclamação, a ULSAC indicou que "[...] *a elevada afluência de doentes ao Serviço de Urgência tem vindo a contribuir para um aumento no tempo de espera para o primeiro atendimento, o que tem impacto direto na disponibilidade física da sala de espera, tornando-se incomportável a permanência dos acompanhantes na mesma.*

   Apesar de toda a atenção que possa existir por parte dos profissionais que ali trabalham, não é possível aos mesmos evitarem saídas indevidas de doentes, evitando que situações como as que no[s] *reportou se voltem a repetir.* [...]".

4. 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 23 de abril de 2024, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/046/2024.

I.2. Diligências

5. 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 da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E., constatando-se que a mesma é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 12968;

   (ii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente AC, em 2 de maio de 2024;

(iii) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado à ULSAC em 2 de maio de 2024, requerimento de prorrogação de prazo para resposta e respetivo deferimento, e análise da resposta datada de 12 de junho de 2024.

II. DOS FACTOS

II.1. Do teor da reclamação apresentada por AC – REC/102743/2023

6. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação, datada de 20 de setembro de 2023:

"[…] *O meu pai de 93 anos deu entrada nas urgências após uma queda, veio de ambulância com o 112. Após a triagem mesmo explicando que ele se baralha e não está com a memória e raciocínio a funcionar bem, não deixaram ir a acompanhante com ele. Ficamos à espera que telefonassem para virmos à porta buscá-lo. Quando disseram que tinha alta e eu e minha mãe o viemos buscar à porta, não sabiam dele. Andaram à procura no hospital e não o encontraram. Após alguns minutos angustiantes, encontrámos o meu pai na rua, perdido, exausto e desorientado.*

Não se compreende que não deixem um doente com estas características ter um acompanhante.

O médico […] *foi o que lhe deu alta e terá deixado sair. Nunca o deveria ter feito sem acautelar a entrega à família.*

O nome do meu pai é [ANC]. […]".

7. Em resposta à referida reclamação, o prestador remeteu à reclamante AC, por ofício datado de 1 de março de 2024, os seguintes esclarecimentos:

"[…] *Tendo os nossos serviços constatado que a reclamação de V. Ex.ª, datada de 20/09/2023, não seguiu os trâmites processuais habitualmente adotados pela nossa instituição, vimos respeitosamente apresentar as nossas desculpas pelo atraso na resposta.*

Sobre o exposto por V. Ex.ª, onde nos dá conhecimento de não ter sido permitido o direito a acompanhante ao seu pai no Serviço de Urgência, apesar ter alertado para o

facto de o mesmo não se encontrar nas plenas faculdades mentais, tendo por consequência a sua saída do serviço após alta sem acompanhamento familiar, gostaríamos antes de mais de apresentar as nossas desculpas pelo sucedido.

Cumpre-nos informar que a elevada afluência de doentes ao Serviço de Urgência tem vindo a contribuir para um aumento no tempo de espera para o primeiro atendimento, o que tem impacto direto na disponibilidade física da sala de espera, tornando-se incomportável a permanência dos acompanhantes na mesma.

Apesar de toda a atenção que possa existir por parte dos profissionais que ali trabalham, não é possível aos mesmos evitarem saídas indevidas de doentes, evitando que situações como as que nos reportou se voltem a repetir. [...]".

II.2. Do pedido de elementos enviado à ULSAC e da resposta por este concedida

8. Para esclarecimento global dos factos alegados foi remetido ao prestador, em 2 de maio de 2024, o seguinte pedido de elementos:

"[...]

1. *Se pronunciem detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação do utente, <u>acompanhado de toda a documentação de suporte</u>;*
2. *Envio de cópia do relatório (Alert) relativo ao episódio de urgência do utente;*
3. *Informação sobre procedimentos/protocolos, atualmente em vigor, relativos ao direito de acompanhamento na Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.;*
4. *Informação sobre eventuais medidas e/ou procedimentos internos em vigor, na Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E., 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, <u>com envio do respetivo suporte documental</u>;*

5. *Informação sobre eventuais medidas/procedimentos internos, aplicáveis nas situações de desaparecimento de utentes, com envio do respetivo suporte documental;*

6. *Descrição, apoiada nos suportes documentais respetivos, sobre eventuais medidas corretivas que tenham sido tomadas, na sequência da reclamação em apreço;*

7. *Indiquem dos procedimentos em vigor para o registo e comunicação de eventos adversos, aos serviços com responsabilidades nas áreas de gestão de risco e/ou qualidade e segurança, seja a nível interno, seja ao nível externo, bem como evidência da comunicação realizada no caso concreto;*

8. *Esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.* [...]".

9. Nessa sequência, por mensagem de correio eletrónico de 12 de junho de 2024, veio a ULSAC prestar os seguintes esclarecimentos:

"[...] *Na sequência do envio do ofício com a referência n.º 129955/2024, dando nota de abertura de processo de inquérito com o número 046/2024, vem a Unidade Local de Saúde do Alentejo Central EPE, enviar os elementos documentais solicitados:*

a) Enviamos em anexo, como documento 1, cópia do relatório do atendimento do utente no Serviço de Urgência.

A informação de que dispomos indica que o doente foi triado às 12.50 de dia 20 de setembro de 2023, queixando-se de dor no membro inferior.

Foi observado em Ortopedia, tendo sido solicitado raio x, que foi realizado rapidamente e não evidenciou fratura.

O utente teve alta. Terá sido no tempo que mediou o contacto com a família e a chegada da família ao Serviço de Urgência que o utente saiu das instalações hospitalares.

Julgamos importante referir que o utente não saiu contra parecer medico, o utente saiu das instalações após observação, realização de meios complementares de diagnóstico, efetivação de diagnóstico e indicação de tratamento.

Alega a família na reclamação, que terá transmitido a informação que o utente "se baralha e não está com a memória e raciocínio a funcionar bem" (...) e que o médico o "terá deixado sair".

Para melhor precisão de conceitos julgamos ser importante esclarecer que a instituição hospitalar, não sendo uma instituição prisional, não agrilhoa ou mantém aprisionados os utentes.

À exceção dos casos enquadrados na Lei de Saúde Mental, nomeadamente os utentes sob mandado de condução, a Instituição Hospitalar não pode ter ninguém a receber cuidados contra a sua vontade, a não ser que exista fundado risco para a sua pessoa ou para outros, o que julgamos não ser o caso em avaliação.

O Hospital não poderá insistir para que os utentes regressem, ou não abandonem as instalações, para receberem tratamento.

Sobre o referido pela família na exposição, não encontramos evidencia de ter sido transmitido ao enfermeiro da triagem que o utente "se baralha e não está com a memória e raciocínio a funcionar bem".

b) No que diz respeito a procedimentos específicos sobre acompanhamento de utentes, a Unidade Local de Saúde do Alentejo Central está presentemente a rever as regras de acompanhamento no Serviço de Urgência, na sequência da publicação do Alerta de Supervisão n.º 3/2024, relativo ao Direito ao acompanhamento de pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida.

O espaço no Serviço de Urgência é muito exíguo pelo que é imperativo priorizar hierarquicamente quais os utentes mais vulneráveis que deverão ver primeiramente observado o acompanhamento e é esse processo que está a ser revisto internamente.

c) Enviamos a V. Exa., em anexo, um procedimento setorial elaborado para os vigilantes da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central EPE, como documento n.º 2.

d) Neste âmbito, e por se configurar também como uma medida corretiva tomada, para além da mencionada abaixo, na alínea e) da presente resposta, enviamos a V. Exa. cópia do Procedimento Setorial aplicável aos vigilantes da ULSAC, EPE.

e) Em sede de discussão entre a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência foi decidido incluir nos registos/notas de enfermagem — balcão (documento n.º 3), um item que decorre de avaliação da equipa sobre o risco de fuga.

Nomeadamente, foi decidido pela equipa de enfermagem incluir um ponto que transcrevemos:

"Doentes com Alteração do Estado de Consciência que determine desorientação espaço-temporal com risco de fuga, agitação psicomotora (risco de auto ou heteroagressividade/risco de queda) referindo a eventual necessidade de contenção física/mecânica/química assim como, as intervenções de enfermagem e/ou estratégias/medidas adotadas. Verificar e registar a ausência de alterações circulatórias nos membros em que existe contenção. Registas as ocorrências indexadas (e.g: queda, fuga...).

f) A Unidade Local de Saúde segue o Sistema Nacional de Notificações de Incidentes e Eventos Adversos, registando na Plataforma da Direção-Geral da Saúde.

Em conclusão, reiteramos que as Unidades Hospitalares apenas podem, com cobertura legal, reter os utentes em casos muito específicos e concretos, e julgamos que os profissionais de saúde devem efetuar essa avaliação caso a caso. Em concreto, não consideramos existir evidência de ter sido transmitido ao corpo de enfermagem, pela família do utente, nenhuma situação de incapacidade cognitiva ou doença mental, até porque não consta do registo clínico nenhuma menção a patologia mental. [...]".

10. Em anexo, a ULSAC juntou cópia dos seguintes documentos:

    a. Resumo do episódio de urgência, de 20 de setembro de 2023, pelas 12h34, do utente ANC:

Triagem

Data / Hora da Triagem: 20/09/2023 12:50:08 **Fluxograma :** (43) 43 - Problemas nos membros

Discriminador: Dor moderada

Prioridade Clínica

Temperatura: **Dor:** 5 **Glasgow:** **Urgente (Amarelo)**

PEFR: **Freq. Resp.:** **PA:** /

Glicémia: **Corpos cetónicos:** **Freq. card.:** **Ritmo de pulso:**

Oxi. per.:

Mobilidade:

Especialidade: ORTOPEDIA **Grupo:** Ortopedia **Sala:** UPOL BALCAO 3

Queixa: Doente que hoje teve uma queda acidental do qual resultou traumatismo do MID. Refere dor local.

Observações Médicas

20-Set-2023 13:12:18 [redacted] ORTOPEDIA

Rx do joelho direito

20-Set-2023 15:14:20 [redacted] ORTOPEDIA

Gonartrose direita
Rx sem fraturas

20-Set-2023 15:19:31 [redacted] / ORTOPEDIA

Queda da propria altura hoje ao sair de casa
Gonalgia direita
Refere marcha autonoma apos queda

Refere dor lateral do joelho
Choque rotula negativo
Sem instabildiade

AP de fratura do mesmo joelho
rx sem sianis de patologia do foro ortopedico agudo

Gelo local 5xdia

Marcha com 2 canadianas
Mobilizaçao frequente do membro

Diagnósticos

(M999) - Lesão biomecânica NE — Diagnostico Principal [redacted] ••••••••••••••

Medicação

MCDT Requisitados / Procedimentos Efectuados

Código	Descrição	Código	Descrição
M10830 1	JOELHO, DUAS INCIDENCIAS	M10600 1	BACIA

Destino do Doente

Data : 20-Set-2023 15:30:00
Destino : 5 - EXTERIOR NAO REFERENCIADO
Médico : [redacted] **Assinatura :** _____

b. Procedimento desaparecimento de pessoa com demência ou Alzheimer SEG-01, datado de 6 de junho de 2024, com o objetivo de evitar o desaparecimento de pessoas com Alzheimer ou demência no SU, com o seguinte teor:

DEFINIÇÕES:

Paciente desaparecido
Um paciente é dado como desaparecido quando não é localizado no local onde deveria estar e não existe nenhuma informação sobre o seu paradeiro.

Adulto especialmente vulnerável
Pessoa com mais de 18 anos que necessita de especial atenção e apoio por razões de saúde mental ou outra incapacidade (física ou pela idade).
São especialmente elegíveis como vulneráveis os adultos que:
- sofrem de doença mental, incluindo demência/alzheimer
- idosos muito frágeis fisicamente
- têm incapacidade cognitiva
- estão sob influência de álcool ou drogas

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Os vigilantes não são profissionais de saúde. Em consequência não podem ter acesso a informação de saúde. Esta circunstância limita o âmbito de atuação e implica que a avaliação do vigilante presente no Serviço de Urgência (SU) seja única e exclusivamente visual. Assim sendo, o vigilante do SU avalia visualmente os utentes.

Sempre que algum utente parece ter "potencial para vaguear" ou mesmo para sair do serviço, e isso possa representar perigo para si próprio ou para outros, deve ser transmitida essa informação aos outros vigilantes, via radio.

Um dos critérios que deve ser observado pelo vigilante diz respeito ao facto de o utente aparentar ter demência/alzheimer.

Deve também ser indicado ao Enfermeiro da Triagem essa avaliação, caso o utente não tenha acompanhante.

ATUAÇÂO EM CASO DE DESAPARECIMENTO

Em caso de desaparecimento de utente especialmente vulnerável, conforme definição do presente protocolo, deve o vigilante do Serviço de Urgência alertar todos os vigilantes, pedindo apoio ao vigilante da cave ou da Consulta Externa para iniciarem buscar a partir de local específico.

Deve ser transmitida informação sobre descrição física e roupa que o utente veste.

O vigilante da Portaria do Espírito Santo deve ativamente controlar as saídas a pé de todas as pessoas.

O vigilante da Cave deve controlar as pessoas a pé que passem junto à cave.

Todas as pessoas com pijama ou com pulseira de urgência deverão ser interpeladas.

Se a busca se revelar infrutífera, até 30 minutos, alertar a Polícia de Segurança Pública.

c. Registos/notas de enfermagem - Balcão critérios de elegibilidade/inclusão, com o seguinte teor:

1-Doentes com alteração/agravamento/agudização do estado clínico durante a permanência em balcão (breve descrição do estado clínico, breve avaliação [a,b,c,d,e], plano terapêutico instituído com enfoque nas intervenções de enfermagem, referindo, caso se aplique, o encaminhamento para a S. Emergência;

2- Doentes com Alteração do Estado de Consciência (estado de obnubilação, prostração)

3- Doentes com Alteração do Estado de Consciência que determine desorientação espaço-temporal com risco de fuga, agitação psicomotora (risco de auto ou heteroagressividade/ risco de queda) referindo a eventual necessidade de contenção física/mecânica/química, assim como, as intervenções de enfermagem e/ou estratégias/medidas adotadas. Verificar e registar a ausência de alterações circulatórias nos membros nos casos em que existe contenção. Registar as ocorrências indexadas (e.g: queda, fuga,....)

4- Doente com capacidade de auto-representação/decisão que abandone voluntariamente o serviço;

5- Procedimentos realizados tais como Algaliação, ENG, Aspiração de Secreções. Para a Algaliação, registar a causa, o tipo/ nº da algália, a data, características da urina e débito caso se justifique. Para a ENG registar a causa, tipo /nº da sonda e data, caracteristicas do drenado. Para a Aspiração de Secreções referir a periodicidade e características do aspirado caso se justifique;

6- Doente com Zona (s) por Pressão. Referir pensos existentes, grau e caracteristicas da lesão, material de penso utilizado e periodicidade. Referir outras intervenções de enfermagem tais como posicionamentos efetuados;

7- Doente com risco de Zona por Pressão. Descrever intervenções realizadas;

8- Doente com outras Feridas. Referir pensos existentes, caracteristicas da (s) ferida (s), material de penso utilizado e periodicidade.

9- Doente com terapêutica em perfusão (e.g. morfina, amiodarona,...). Referência ao estado evolutivo;

10- Doente que apresenta recusa da terapêutica prescrita. Referir eventuais causas/informações ao doente e se foi dado conhecimento ao médico;

11- Registar a terapêutica administrada e não prescrita ou prescrita verbalmente pelo médico;

12- Registar a glicémia, em particular, a avaliação não prescrita e as atitudes terapêuticas consequentes;

13- Doentes com necessidade de isolamento de contacto/ isolamento por gotículas ou via aérea - Registar causa e medidas de proteção utilizadas;

14- Doente com prioridade muito urgente (laranja) colocado em balcão. Enquanto o doente aguarda o atendimento médico, existem comumente intervenções de enfermagem. Deverão ficar registadas;

15- Doente com indicação de alta para lar/domicílio que permanece em balcão, aguardando que o venham buscar. Registar as intervenções realizadas ao doente durante o tempo de espera;

16- Espólio realizado;

17- Doente com transferência inter- hospitalar. Registar a hora de saída e o *status* do doente;

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

11. 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*."

12. 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.".

13. 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.*";

14. Consequentemente, a ULSAC, visado no presente processo, é uma entidade pública empresarial, responsável por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, pelo que está legalmente submetido aos poderes de regulação e supervisão da ERS, onde, aliás, está inscrita, sob o n.º 12968.

15. Acresce que, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas b), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade.

16. 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".

17. 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.

18. 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

19. 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.

20. Com efeito, a importância do bem jurídico tutelado imprime uma gravidade excecional à prestação de cuidados de saúde em condições inadequadas.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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 de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito.

25. Necessidade essa que corresponde a um específico direito dos utentes, que está, desde logo, previsto na alínea b) do n.º 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde (doravante LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e que foi densificado no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

26. Concretamente, prevê a *supra* referida alínea b) que as pessoas têm o direito de *"aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde".*

27. Esta 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).

28. Tendo o utente, bem assim, "(…) *direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*" (n.º 2).

29. Estipulando, ainda, o n.º 3 que "*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*".

30. 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*".

31. 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.

32. 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 que ser adaptado ao progresso do conhecimento científico, bem como, às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional e local – *cfr*. n.º 1 da Base 4 da LBS.

33. 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).

34. 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.

35. 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*".

36. No caso do utente com necessidade de cuidados de saúde mental, a atual Lei de Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 35/2023 de 21 de julho, e que entrou em vigor no dia 20 de agosto de 2023, consagra o direito das pessoas com necessidades de saúde mental de acederam "*a cuidados de saúde integrais e integrados de qualidade, desde a prevenção à reabilitação, que incluam respostas aos vários problemas de saúde da pessoa, adequadas ao seu enquadramento familiar e social*", bem como, o direito de decidir "*livre e esclarecidamente, a todo o momento, na medida da sua capacidade, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos previstos na presente lei*" - – *cfr*. alínea a) e b) do artigo 7.º n.º 1 da Lei de Saúde Mental.

37. 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.

38. 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"*.

39. Existe, assim, uma especial preocupação, tanto a nível nacional como internacional[1], de promover, proteger e assegurar o usufruto, total e igual, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por pessoas com

[1] 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.

necessidades de cuidados de saúde mental, assim como, de promover o respeito pela sua inerente dignidade.

40. No que respeita à prestação de cuidados de saúde, o Princípio 8 da Resolução *supra* mencionada, com a epígrafe "Padrões de Tratamento", estatui que:

"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 obedeçam 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".

41. 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.

42. 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.

43. 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, *"no ambiente menos restritivo possível, devendo o internamento hospitalar ter lugar como medida de último recurso"* – *cfr.* alínea b) do artigo 4.º da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho.

44. Sendo certo que, é imprescindível adotar as medidas e os mecanismos necessários à proteção de bem jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio e/ou de terceiros, em razão da doença e da eventual recusa de tratamento,

quando a pessoa não possui o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do seu consentimento.

45. Pressuposto que resulta claro no Processo F.O. v. Portugal, do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, de acordo com o qual, 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[2];

46. Adoção de medidas preventivas que sempre deverão ser norteadas pelo princípio geral de menor restrição possível, orientado para a recuperação integral da pessoa.

47. Para além destas exigências, os prestadores de cuidados de saúde devem ainda assegurar e fazer cumprir um conjunto de procedimentos que tenham, por objetivo, prevenir e controlar a ocorrência de incidentes e eventos adversos, que possam afetar os direitos e interesses legítimos dos utentes.

48. Em especial, devem ser observadas as regras constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à *Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*, bem como, à Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2022, referente à *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*.

49. Tais procedimentos constituem instrumentos eficazes para deteção de eventos adversos e para estimular a reflexão e o estudo sobre os mesmos, por forma a determinar a alteração de comportamentos e a correção e retificação de erros, em prol da qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados de saúde a prestar aos utentes.

[2] Pode ser consultada em: https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22fulltext%22:[%22fernandes%20oliveira%22],%22itemid%22:[%22001-189426%22]}

III.3 Do direito ao acompanhamento e respetivos direitos e deveres dos acompanhantes

50. Em 21 de março de 2014, foi aprovada a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que revogou a Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e a Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, que até então regulava a matéria do direito ao acompanhamento.

51. Conforme resulta do seu preâmbulo e do disposto no seu artigo 1.º, o 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.

52. 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.

53. Recentemente a Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro procedeu à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, estabelecendo os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério.

54. Ora, de acordo com o n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, "Nos serviços de urgência do SNS: "[…] *É reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço*".

55. Continua o n.º 1 do 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 para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente, invocados pelo acompanhante*".

56. Todavia, a Lei também refere que a natureza do parentesco ou da relação com o utente não pode ser invocada para impedir o acompanhamento.

57. Por outro lado, os limites ao direito de acompanhamento estão expressamente consagrados, no artigo 14.º da Lei, existindo um elenco restrito de limites:

"[...]

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 [...]";

2 - O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos".

58. 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*.".

59. O artigo 15.º, 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.

60. Mas, em especial, o direito do acompanhante a ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento.

61. 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*.".

62. 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 avançado 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.

63. Atente-se no artigo 20.º, que estatui que "*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 sua ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada.*"[3].

64. 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*".

65. 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.4. Intervenções regulatórias da ERS

66. A ERS já se pronunciou sobre esta matéria em anteriores intervenções regulatórias, designadamente no âmbito do Alerta de Supervisão n.º 3/2024[4], sobre direito ao acompanhamento de pessoas com deficiência, em situação de

[3] Note-se que, nestes casos, não existe qualquer tipo de limitação ao acompanhamento, referindo-se a lei às condições em que esse acompanhamento deve ser exercido, isto é, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde. Encontra-se também vedado o acompanhamento nas intervenções cirúrgicas, bem como a tratamentos em que a presença do acompanhante seja prejudicial para a correção e eficácia dos mesmos, com exceção para aqueles atos para a qual foi dada a autorização do clínico responsável. – *cfr*. artigos 21.º e 22.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

[4] Disponível para consulta em: https://www.ers.pt/pt/prestadores/alertas-de-supervisao-comunicados-e-informacoes/selecionar/alertas-de-supervisao/2024/alertas/alerta-de-supervis%C3%A3o-n-%C2%BA-3-2024/.

dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida.

67. O **Alerta de Supervisão n.º 3/2024** dispunha concretamente que:

"[…] *A ERS, no exercício dos seus poderes de supervisão, alerta todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, para o seguinte:*

a) ***Deve ser garantido, em permanência, o direito ao acompanhamento dos utentes****, em particular das pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida, conforme o disposto na alínea h) da Base 2 da Lei de Bases da Saúde, nos artigos 12.º, 13.º e 15.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, ou de qualquer outro diploma que venha dispor sobre a mesma matéria;*

b) Em situações verdadeiramente excecionais, em que ocorra a decisão de não acompanhamento dos utentes:

i. ***Deve ser garantida a existência de procedimentos internos aptos a assegurar que****, durante a permanência nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde,* ***as pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida são devidamente monitorizadas e acompanhadas****, de forma consentânea com a verificação de eventuais alterações do seu estado de saúde;*

ii. ***Deve ser garantida a prestação de informação aos utentes e seus acompanhantes sobre os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento****, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com o n.º 3 do artigo 14.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;*

c) Apesar dos aludidos diplomas legislativos não concretizarem a definição de "pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida", é possível, na legislação conexa, enquadrar linhas orientadoras que, apesar de não taxativas, permitem uma concretização conceptual. A saber:

i. *pessoas com "deficiência":*

• Qualquer pessoa que não possa, por si só, responder total ou parcialmente à exigência da vida corrente, individual e/ou coletiva, por motivo de qualquer insuficiência, congénita ou adquirida, das suas capacidades físicas ou mentais (Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 9 de dezembro de 1975);

• Qualquer pessoa que tenha incapacidade duradoura física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com várias barreiras podem impedir a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, adotada a 13 de dezembro de 2006 pela Assembleia Geral da ONU);

• Qualquer pessoa que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas (Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto);

ii. *pessoas "em situação de dependência":*

• Qualquer pessoa que se encontra incapacitada (física e/ou psíquica), de forma permanente ou temporária, de satisfazer as suas necessidades básicas de vida diária, precisando, para tal, de terceiros ou do apoio de ajudas técnicas;

• Qualquer pessoa que se encontra numa situação de dependência de terceiros e a necessitar de cuidados permanentes (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, na redação em vigor, e Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro);

iii. *pessoas "com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida":*

• *Pessoas que padeçam de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses (artigo 2.º da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho).* [...]".

III.5. Análise da situação concreta

68. Da ponderação global dos elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, foi possível apurar que, no dia 20 de setembro de 2023, o utente ANC, com 93 anos, deu entrada no SU da ULSAC com queixa de "*queda acidental do qual resultou traumatismo do MID. Refere dor local*".

69. Sendo que, após a triagem, a exponente AC, na qualidade de filha do utente, e uma vez que este "*se baralha e não está com a memória e raciocínio a funcionar bem",* terá expressado a necessidade de ser acompanhado, o que, porém, foi negado.

70. Sendo a esse propósito indicado pela ULSAC, logo em sede de resposta à reclamante, que a "*elevada afluência de doentes ao Serviço de Urgência tem vindo a contribuir para um aumento no tempo de espera para o primeiro atendimento, o que tem impacto direto na disponibilidade física da sala de espera, tornando-se incomportável a permanência dos acompanhantes na mesma".*

71. Ora, o prestador não juntou aos autos quaisquer procedimentos sobre acompanhamento de utentes, visto que, na sequência do Alerta de Supervisão n.º 3/2024, emitido pela ERS, se encontra a rever as regras de acompanhamento em vigor no estabelecimento;

72. Alegando, porém, que, o "*espaço no Serviço de Urgência é muito exíguo pelo que é imperativo priorizar hierarquicamente quais os utentes mais vulneráveis que deverão ver primeiramente observado o acompanhamento e é esse processo que está a ser revisto internamente".*

73. Neste contexto, importa salientar que, de acordo com o disposto na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, a regra instituída é a de "*nos serviços do SNS ser reconhecido e garantido a todos 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* [...]";

74. 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 de cada caso concreto;

75. O que ganha uma nova dimensão quando em causa estão pessoas com deficiência, em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida.

76. Categoria a que o legislador dedicou especial cuidado ao reconhecer o direito de serem acompanhadas nos serviços de urgência do SNS, determinando-as no n.º 5 do artigo 12.º da referida lei.

77. 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 exigida uma especial ponderação, por parte do clínico responsável, das especificidades de cada situação;

78. Pelo que, a aplicação de restrições ao direito de acompanhamento deve ser, realmente, excecional.

79. Assim, importa garantir que a ULSAC adequa a sua conduta, no que respeita à garantia do direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde, para dessa forma evitar a repetição futura de situações como as verificadas nos presentes autos.

80. Porquanto, no caso concreto, entre a comunicação aos familiares da alta e a chegada dos mesmos ao SU, o utente abandonou as instalações sem que ninguém se tenha apercebido;

81. Sendo que a atuação da ULSAC terá contribuído decisivamente para o sobredito constrangimento, verificando-se falhas procedimentais na sua atuação, que deverão ser colmatadas;

82. Tão mais evidentes quando o utente visado se encontrava em situação de especial vulnerabilidade, conforme foi transmitido pela reclamante AC aos profissionais de saúde e que resultou que, após o abandono, o utente tenha sido encontrado na rua "*perdido, exausto e desorientado".*

83. Todavia, consultada a cópia do relatório do atendimento do utente no SU, a informação de que o utente "*se baralha e não está com a memória e raciocínio a funcionar bem"* não foi registada, pelo que, é de salientar que os registos clínicos dos cuidados de saúde devem ser fiáveis e reproduzir a real situação do utente, bem como, os cuidados efetivamente prestados;

84. Os registos clínicos são uma ferramenta importante, na medida em que são uma garantia de qualidade da prestação de cuidados de saúde, prevenindo a ocorrência de erros por parte dos diversos profissionais envolvidos, promovendo uma melhor coordenação e articulação entre os serviços, bem como acautelando qualquer impacto negativo na condição de saúde dos utentes.

85. Ora, face à ausência de qualquer registo do estado de vulnerabilidade do utente ANC, não era possível a ULSAC ponderar o risco e/ou determinar com segurança se o utente possuía condições de autodeterminação que lhe permitissem o abandono daquele serviço hospitalar.

86. Mais, em data subsequente à dos factos em análise, o prestador adotou o procedimento para atuação em caso de desaparecimento de pessoa com demência ou Alzheimer SEG-01, elaborado para os vigilantes;

87. De acordo com o mesmo, o vigilante deve efetuar uma avaliação "*única e exclusivamente visual*", assim *"sempre que algum utente parece ter "potencial para vaguear" ou mesmo sair do serviço, e isso possa representar perigo para si próprio ou para outros, deve ser transmitida essa informação aos outros vigilantes, via radio. Um dos critérios que deve ser observado pelo vigilante diz respeito ao facto de o utente aparentar ter demência/alzheimer".*

88. Ora, de modo algum se compreende como o referido procedimento é apto a avaliar a segurança e o risco de evasão dos utentes, especialmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade, principalmente quando não está prevista qualquer comunicação e/ou alerta pelos profissionais de saúde – que efetivamente possuem a capacidade e conhecimento para efetuar a referida avaliação - aos vigilantes;

89. Sendo que, e de acordo com o procedimento, os vigilantes deverão basear a sua atuação numa avaliação visual sobre "*parece ter "potencial para vaguear""* e/ou "*aparentar ter demência/alzheimer*"; conceitos ininteligíveis e, até, potencialmente, discriminatórios.

90. Assim, ao não possuir qualquer procedimento interno de avaliação do risco de evasão dos utentes aplicável aos profissionais de saúde, a ULSAC coloca em causa a garantia dos direitos e interesses legítimos dos mesmos, mormente o direito à prestação de cuidados de saúde com segurança;

91. Na medida em que, se posiciona de forma indiscriminada quer perante a possibilidade de abandono de utentes que, estando no gozo da sua plena autonomia, o podem legitimamente fazer, quer de utentes que não devem estar expostos a qualquer tipo de aleatoriedade na determinação do concreto perigo de fuga que a sua situação concreta representa.

92. Deste modo, conclui-se que a ULSAC tinha o dever de promover e aplicar todas as medidas e procedimentos indispensáveis para garantir a segurança do utente ANC, pelo que os procedimentos assistenciais por si empregues não foram garantísticos da proteção dos seus direitos e interesses legítimos, o que à ERS cumpre garantir.

93. Por último, o prestador alegou possuir uma política de gestão de incidentes, porém não juntou qualquer evidência que o evento em causa tenha sido objeto do competente registo e tratamento;

94. Sendo que, a ULSAC deverá garantir o cumprimento de procedimento tendente à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nomeadamente, efetuando a participação da sua ocorrência assim que dela

tiverem conhecimento, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2022, referente à Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente.

95. 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

96. 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, a ULSAC e a exponente A.C., ambas por ofícios datados de 19 de setembro de 2024.

97. Em 8 de outubro de 2024, a ERS tomou conhecimento da pronúncia exercida pela ULSAC, nos termos seguintes:

"[…] *Na sequência do envio de ofício com a referência n.º 341477/2024, com o projecto de deliberação da Entidade Reguladora da Saúde, no âmbito do Processo de Inquérito n.º 046/2024, vem a Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, EPE, muito respeitosamente, informar que acompanha a proposta de decisão que, sendo aprovada pelo Conselho de Administração da ERS, será transformada em instrução.* […]".

98. Analisada a pronúncia da ULSAC, verifica-se que o prestador não contestou o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação, não tendo trazido ao conhecimento da ERS quaisquer factos ou argumentos capazes de infirmar ou alterar o sentido da instrução projetada;

99. Motivo pelo qual se mantém na íntegra a decisão notificada.

V. DECISÃO

100. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução à Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E., no sentido de:

(i) Garantir, em permanência, o direito ao acompanhamento dos utentes, em particular das pessoas com deficiência, em situação de dependência e com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida, conforme o disposto na alínea h) da Base 2 da LBS, nos artigos 12.º, 13.º e 15.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, ou de qualquer outro diploma que venha dispor sobre a mesma matéria;

(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) Garantir, de forma permanente e em qualquer situação, o registo obrigatório, fidedigno, completo, atempado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica;

(iv) Implementar procedimento interno apto a assegurar que, durante a permanência no serviço de urgência, as pessoas em situação de especial vulnerabilidade sejam devidamente monitorizadas e acompanhadas, de forma consentânea com a verificação de eventuais alterações do seu

estado de saúde, assegurando dessa forma a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados;

(v) Garantir o permanente cumprimento dos procedimentos internos tendentes à identificação e comunicação de eventos adversos e erros detetados, nomeadamente, efetuando a participação da sua ocorrência assim que dela tiverem conhecimento, nos termos das regras a cada momento aplicáveis, e atualmente constantes da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como, da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2022, referente à Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente;

(vi) Garantir, em permanência, que os procedimentos previstos de (iv) a (v) sejam efetivamente conhecidos e cumpridos pelos seus trabalhadores e/ou prestadores de serviços, com vista à formação e informação dos profissionais intervenientes;

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

101. 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* ".

102. A versão não confidencial da presente decisão será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 17 de outubro de 2024.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2025

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).

ERS
ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE
20
ANOS

Rua S. João de Brito, 621 l32
4100-455 porto - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt