DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde 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.° ERS/106/2022;

I. DO PROCESSO

III.1. Origem do processo

1. No dia 2 de fevereiro de 2022, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da reclamação subscrita por AA, a qual visa a atuação do Hospital Infante D. Pedro (HIDP), estabelecimento prestador de cuidados de saúde integrado no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (CHBV), entidade que se encontra registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º de registo 21487.
2. A mencionada reclamação foi registada no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS sob o n.º REC/10921/2022.
3. Na aludida exposição, a reclamante alega que a sua mãe, a utente MC, deu entrada no HIDP no dia 23 de outubro de 2021, pelas 09h23, no sentido de aí realizar uma "*consulta de reavaliação/controlo*".

4. Com efeito, AA refere que a referida consulta tinha sido previamente agendada, nomeadamente aquando da queda sofrida pela utente, em 6 de outubro de 2021, no Centro de Formação e Cultura da Costa do Valado (CFCCV), "*onde se encontra institucionalizada*".

5. Acontece que, no dia da aludida reavaliação, "*o(a) médico(a) decidiu que a* [sua] *mãe teria de ser operada à anca para colocação de uma prótese*", intervenção cirúrgica que, efetivamente, veio a realizar-se.

6. Todavia, a exponente esclarece que MC sofria de "*demência*" e que aquela cirurgia foi realizada sem a obtenção do consentimento prévio dos seus familiares.

7. Pelo contrário, o HIDP diligenciou, isso sim, pela obtenção do consentimento informado da enfermeira do CFCCV que acompanhou a utente, a qual não estava habilitada para o efeito.

8. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos atrás descritos, o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 15 de dezembro de 2022, à abertura do presente processo de inquérito.

III.2. Diligências

9. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:

   (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à inscrição do CHBV, constatando-se que o mesmo é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o número de registo 21487;

   (ii) Apensação aos presentes autos de inquérito de todas informações e elementos coligidos no âmbito do processo de reclamação n.º REC/10921/2022;

   (iii) Notificação de abertura do presente processo de inquérito à reclamante AA, diligência concretizada através de mensagem de correio eletrónico remetida em 2 de janeiro de 2023;

   (iv) Notificação da abertura dos presentes autos ao CHBV (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), diligência concretizada através de ofício datado de 2 de janeiro de 2022, e receção da respetiva resposta no dia 24 de janeiro de 2023;

II. DOS FACTOS

10. Da reclamação apresentada por AA, importa destacar os seguintes trechos:

"(…) *A* ***doente*** **[MC]**, *deu entrada nas urgências do* [HIDP], *no dia* ***23/10/2021***, *pelas* ***09:23*** *para uma consulta de reavaliação/controlo, marcada anteriormente,* ***na sequência de uma queda a 06/10/2021 no lar, onde se encontra institucionalizada***.

Como filha e representante da doente, fui acompanhando a situação junto da instituição e durante as visitas presenciais, bem como os meus irmãos.

No dia da consulta de urgência aquando da queda e, para a consulta de reavaliação, ***foi-me informado pela instituição que não seria viável eu acompanhar a minha mãe****, uma vez que, devido às restrições atuais, eu não poderia entrar e por isso iria alguém da instituição.*

No dia da reavaliação, durante a consulta, o (a) médico (a) decidiu que a minha mãe teria de ser operada à anca para colocação de uma prótese.

Recebi um telefonema pelas 11:57 da funcionária do lar que acompanhou a minha mãe, a informar que decidiram operá-la e que já teriam tudo tratado/adiantado*, já tinha o teste Covid e análises feitas, bem como o* ***termo de responsabilidade assinado****, aguardavam apenas que completasse o jejum para prosseguir para a cirurgia.*

Questionei a funcionária, ***como era possível terem decidido tudo sem consultar os filhos, uma vez que a minha mãe tem demência*** *(está referido em todos os relatórios médicos e atestado multiusos, caso haja dúvidas)* ***e não pode decidir por ela própria***.

O lar não tem representação ou decisão para atos médicos assinado pela minha mãe em algum momento em que ainda estivesse lúcida e também ninguém do lar foi nomeado representante ou acompanhante de maior à minha mãe (e com poderes para o efeito).

A resposta que tive foi que, se não estava de acordo teria de ligar para o hospital.

Liguei para o hospital e expliquei a situação à rececionista, a minha mãe estaria nas urgências e pedi para falar com o (a) médico(a), para tentar perceber a situação. ***A informação que me deram foi que, se já tinham falado com a instituição, não iriam dizer o mesmo a uma "segunda pessoa"***.

A segunda pessoa é a responsável pela utente em causa e pelos vistos não tem tanta autoridade como o hospital ou a instituição!

Concluindo, a minha mãe com demência, ou os filhos, neste caso responsáveis por ela, ***não tiveram acesso a qualquer informação sobre o ato médico e seus riscos****,* ***não tendo sido dado o consentimento informado nos termos da norma nº015/2013 por nenhum deles****.*

Perante esta situação pretendemos que nos expliquem:

- Como pode o hospital fazer uma cirurgia e aceitar tal consentimento, salvo se devidamente habilitado? (seja por autorização previa do utente capaz, seja pelos legais representantes do utente, seja por decisão judicial prévia).

(…)

- Não sendo uma situação urgente, de vida ou morte, porque teve de ser feita a cirurgia no próprio dia? Poderíamos querer que a operação fosse realizada no particular ou querer realizar uma consulta de segunda opinião.

(…)

Como já referi, a informação que nos deram é que apenas estariam à espera do jejum, se recebi uma chamada às 11:57 e ela deu entrada às 09:23 com pulseira branca, como indica o relatório da triagem, o jejum já estava praticamente feito, não dando tempo sequer de tentar impedir o ato ou tentar obter mais esclarecimentos.

Sendo a minha mãe uma pessoa sem capacidade para decidir sozinha, consideramos este ato abusivo. (…)" – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Reclamação, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

11. Chamado a pronunciar-se inicialmente sobre o teor da mencionada reclamação, o CHBV informou a utente que determinara a abertura do processo de inquérito n.º 3/2022, no sentido de apurar com mais detalhe a situação denunciada na referida reclamação, para o que se afigurava necessário "*efetuar diligências junto da instituição onde a doente se encontrava institucionalizada*". – Cfr. Alegações iniciais, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido.

12. Subsequentemente, mais precisamente no dia 24 de novembro de 2022, o CHBV remeteu à ERS cópia do Relatório Final elaborado no âmbito daquele processo de inquérito, tendo o Conselho de Administração do referido prestador deliberado naquela data o seguinte: "*Deliberado concordar com a proposta da instrutora e, em consequência, proceder ao* ***arquivamento do processo***". – Negrito e sublinhado nosso. - Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivo anexo) datada de 24 de novembro de 2022 remetida pelo CHBV à ERS no âmbito do processo de reclamação n.º REC/10921/2022, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

13. Ora, do mencionado Relatório Final consta a seguinte informação com relevância para os presentes autos de inquérito:

"(…) ***II***

Foram apurados os seguintes factos:

a) ***No dia 06.10.2021 a Sr.ª*** **[MC]** ***sofreu uma queda no*** **[CFCCV]**, ***onde se encontrava, à data, institucionalizada****;*

b) Foi acionado o 112 e a utente foi conduzida em ambulância de Bombeiros ao Serviço de Urgência deste Hospital, acompanhada com carta da instituição;

c) Observada pela especialidade de Ortopedia, ***foi diagnosticada uma fratura subcortical à direita com impactação óssea****;*

d) A médica Ortopedista, Dr.ª [PH]*, contactou a Diretora Técnica da instituição. Dr.ª* [PO]*, explicando a situação clínica da utente e* ***informando que, atendendo ao tipo de fratura e ao facto de a utente já ter pouca mobilidade, seria preferível aguardar 2 semanas, com a utente em repouso e reavaliar a situação no Serviço de Urgência – nessa altura, então, conforme a evolução, se decidiria se seria necessário submeter a utente a cirurgia ou não****.*

e) Desde logo a médica deu indicação para a utente regressar ao Serviço de Urgência no dia ***23.10.2022****.*

f) A Dr.ª [PO] *transmitiu toda esta informação à filha da utente, D.* [AA]*, ora reclamante.*

g) A D. [AA] *questionou a Dr.ª* [PO] *se poderia vir a acompanhar a mãe no dia 23, tendo-lhe sido respondido que seria melhor proceder conforme era habitual na instituição:* ***a utente viria à consulta, acompanhada por profissional da mesma e, se fosse entendido que a utente necessitava de ser submetida a cirurgia, dariam conta disso mesmo à família****.*

h) No dia 23.10.2022, a utente foi conduzida em transporte da instituição, ***acompanhada pela Senhora Enfermeira*** **[MN]**, *ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar.*

i) Tendo realizado novo RX para reavaliar a evolução, ***a médica Dr.ª*** **[PH]** ***entendeu que seria mesmo necessário proceder a intervenção cirúrgica*** *– o que foi explicado à Senhora Enfermeira, que acompanhava a doente – pelo que se desencadearam os preparativos necessários.*

j) ***Quanto ao consentimento informado, a médica assistente questionou a Senhora Enfermeira*** **[MN]** ***se não havia familiar presente****.*

k) ***A Enfermeira*** **[MN]** *– que estava há pouco tempo a trabalhar na instituição e que ainda não tinha estado numa situação daquelas –* ***respondeu que não e, perante o documento que lhe entregaram, então, para assinar, tentou contactar a sua superior hierárquica, Dr.ª*** **[PO],** ***para questionar o que deveria fazer****;*

l) ***Não tendo conseguido falar naquele momento, acabou por assinar o termo de consentimento, para não atrasar a cirurgia e regressou ao Lar****;*

m) Entretanto, quando já se encontrava na viagem de regresso, a Dr.ª [PO] *devolveu-lhe o telefonema, tendo a Enfermeira* [MN] *relatado o que se havia passado no Serviço de Urgência;*

n) A Dr.ª [PO] *– que não se encontrava ao serviço na Instituição naquele momento – logo referiu à Senhora Enfermeira que não deveria ter assinado o consentimento, que tal deveria caber à família da D.* [MC]*: que deveria contactar a filha. D.* [AA]*, logo que chegasse à Instituição, colocando-a a par da situação, por forma a que esta, querendo, pudesse e algum modo, reverter os eventos;*

o) O que fez, logo que chegou à Instituição.

p) ***A Senhora*** **[MC]** ***foi operada, tendo tido alta do internamento sem intercorrências****. Teve consulta de Medicina Física e Reabilitação em 11.11.2021, à qual compareceu acompanhada por Fisioterapeuta da Instituição e pela filha e teve Consulta de Ortopedia, em 09.12.2021, com a Dr.ª* [PH]*, à qual compareceu acompanhada pela filha.*

Não foi possível apurar quem a reclamante terá contactado telefonicamente. A médica Dr.ª [PH] *negou ter conversado com algum familiar no dia 23.10.2021 – referiu que, apesar de não se recordar muito bem da situação, para além do que ficou registado no processo clínico,* ***é seu hábito questionar se não estão familiares presentes… Se não conversou com familiares, por forma a obter destes o consentimento informado, terá sido porque lhe foi dito que não haveria familiares…*** *O que não é fora do comum, quando se trata de utentes provenientes de lares.*

A Dr.ª [PH]*, desde fevereiro de 2022, deixou de fazer parte do mapa de pessoal do* [CHBV]*, tendo passado a integrar o mapa de pessoal do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E..*

III

Apreciando a situação vertente, adiante-se, desde já, que, quer a Dr.ª [PH]*, quer a Dr.ª* [PO]*, quer a ora Instrutora – quer, também, a Sr.ª Enfermeira* [MN] *que, agora reconhece que, por ser a primeira vez que se viu naquela situação, se precipitou – concordam que, de facto,*

deveria ter sido a família receber informação clínica sobre a situação da Sr.ª* [MC] *e a consentir – ou não – no procedimento cirúrgico.

As circunstâncias que levaram a que acabasse por ser a Senhora Enfermeira [MN] *a assinar o termo de consentimento para a cirurgia resultam compreensíveis das declarações prestadas, quer pela Diretora Técnica da Instituição, quer pela Senhora Enfermeira. As suas declarações afiguraram-se à instrutora sinceras e transparentes e o que sucedeu parece-nos decorrer, por um lado de um equívoco, por outro, do facto de a Enfermeira* [MN] *trabalhar na instituição havia pouco tempo à data dos factos, nunca tendo sido confrontada com situação idêntica e, por azar, quando tentou contactar com a sua Diretora Técnica para saber o que havia de fazer perante a cirurgia iminente da doente, não o ter consigo fazer.*

O referido equívoco prende-se com o facto exposto no Ponto II alínea g). Ou seja: a Dr.ª [PH]*, no dia 06.10 indicou à Dr.ª* [PO] *que a doente deveria ser conduzida novamente ao Serviço de Urgência no dia 23.10 para reavaliar a sua situação clínica e decidir, então, da necessidade, ou não, de realizar uma cirurgia. A Dr.ª* [PO]*, perante esse agendamento de data para a reavaliação da situação clínica, ficou convencida que se tratava de uma situação de consulta – em que os utentes vão à consulta e entendendo o médico ser necessário operar, a cirurgia não ocorre no imediato;* ***não teve noção do facto que, tendo sido dito pela médica para se dirigirem ao Serviço de Urgência, a haver necessidade de cirurgia, a mesma ocorreria logo; razão pela qual disse à filha da doente que seria melhor a D.*** **[MC]** ***vir acompanhada por funcionária do Lar e depois ser-lhe-ia transmitido o que a médica entendia ser melhor, cabendo, então, à filha depois encaminhar a situação como entendesse*** *– se tivesse tido consciência de que a* [MC] *poderia ser logo operada, naturalmente que teria dito à D.* [AA] *que deveria acompanhar ela a sua mãe.*

Não houve, pois, a consciência, por parte do pessoal da Instituição, de que, caso a reavaliação a fazer no dia 23.10 fosse no sentido de ser mesmo necessário realizar a cirurgia, a mesma seria feita de imediato. Quando confrontada com essa situação e quando a médica a questionou sobre os familiares, a Senhora Enfermeira [MN]*, dando conta que não estavam familiares da D.* [MC]*, não sabendo exatamente como proceder e não conseguindo contactar a sua Diretora para receber orientações, de boa fé, acabou por assinar o termo de consentimento informado.*

IV

Assim, perante a explicação alcançada, ***concordando-se com a reclamante, que deveria ter sido ela ou ela e os irmãos a receber a informação da médica para, de forma informada poder(em) consentir, ou não, na intervenção cirúrgica da sua mãe, uma vez que esta já***

não terá capacidade para o fazer por si, *afigura-se, no entanto, que, de forma como a situação se desenvolveu não estamos perante um ilícito disciplinar por parte da médica assistente, pelo que se propõe o arquivamento do presente processo de inquérito.* (…)" – Negrito e sublinhado nosso. - Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivo anexo) datada de 24 de novembro de 2022 remetida pelo CHBV à ERS no âmbito do processo de reclamação n.º REC/10921/2022.

14. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito foram solicitados ao CHBV os seguintes elementos adicionais:

"*1. Pronunciem-se detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e remetam todos os esclarecimentos adicionais tidos por relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;*

2. Remetam cópia das normas e/ou procedimentos internos em vigor no CHBV em matéria de obtenção de consentimento informado, em particular nas situações em que a utente está impossibilitada de comunicar a sua vontade;

3. Esclareçam se, na sequência da situação acima relatada, foram implementadas medidas corretivas, solicitando, em caso afirmativo, a sua identificação, acompanhado de toda a documentação de suporte;" – Cfr. Ofício, datado de 2 de janeiro de 2023, remetido pela ERS ao CHBV.

15. Em resposta ao solicitado, o CHBV pronunciou-se nos seguintes termos:

"(…) *1 – Pese embora se tenha entendido que,* ***na concreta situação em apreço, a informação clínica deveria ter sido transmitida aos filhos (ou à filha, aqui Reclamante) e, consequentemente, deveriam ter sido estes a prestar o consentimento para o ato cirúrgico****, entende-se, também, que o encadeamento dos factos ocorridos, que levaram a que o consentimento tivesse sido prestado pela Senhora Enfermeira* [MN] *– funcionária da instituição que acolhia a utente* [MC] - ***não revelaram culpa ou negligência dos seus intervenientes, quer do Centro Hospitalar, quer do* [CFCCV]*, nem a violação de procedimentos****. **Houve uma incorreta perceção por parte da Drª* [PO] *– Diretora Técnica da Instituição de acolhimento – quanto à 2ª vinda da utente* [MC] *ao* [CHBV]*. Vejamos o desenrolar dos factos:*

- A utente é trazida em ambulância de Bombeiros ao Serviço de Urgência no dia 06.10.2021, na sequência de queda (cfr. Doc. 1) – por força da situação pandémica, a utente não é acompanhada por funcionária da instituição;

- Como decorre dos registos do episódio de urgência (Doc. 1), a médica assistente contactou a Diretora Técnica da instituição, Drª [PO]*, explicando a situação clinica da utente e, perante a clinica apresentada e as circunstâncias habituais de já pouca mobilidade da senhora, foi proposto um período de tratamento conservador por 2 semanas, findo o qual, a utente deveria ser trazida novamente ao Serviço de Urgência (no dia 23.10.2012), para realizar novo RX e, consoante os achados nessa data, seria ou não necessária a intervenção cirúrgica.*

- A utente [MC] *não foi "transferida" para uma Consulta Externa – foi transmitido à Drª* [PO] *para trazerem a utente, no dia 23.10.2021, novamente ao Serviço de Urgência; de modo a que, precisamente, caso se verificasse a necessidade de ser operada, sê-lo-ia de imediato.*

- Foi aqui que ocorreu a falha de perceção. A Drª [PO] *entendeu que era para a utente ser conduzida ao Serviço de Urgência no dia 23.10.2021 - tanto que a D.* [MC] *aqui compareceu no referido dia, no Serviço certo, acompanhada da Senhora Enfermeira* [MN]*, tal como resulta do Doc. 2 que se anexa (registo clinico do dia 23.10.2022) – mas achou que, a ser necessária a cirurgia referida pela médica, a mesma seria agendada para data posterior (como ocorreria numa Consulta Externa), não tendo associado o facto de, tendo-lhe sido indicado para trazer a utente ao Serviço de Urgência, a cirurgia, a ser necessária, seria realizada no âmbito do episódio de urgência.*

*- **A Drª** [PO] **transmitiu à filha da utente a situação clinica que lhe havia sido comunicada pela médica assistente, tendo-se a filha disponibilizado para acompanhar a mãe no referido dia 23.10.2021** – segundo resulta das declarações da Drª* [PO] *no processo de inquérito interno, que se juntam como Doc. 3; contudo, como achou que, na eventualidade de ser necessária a cirurgia, a mesma seria agendada para daí a algum tempo, referiu à D.* [AA] *(filha da utente) que não havia necessidade de ela acompanhar a mãe ao Serviço de Urgência, que uma enfermeira viria a acompanhá-la.*

- Em virtude disso, a utente compareceu no Serviço de Urgência no dia 23.10.2021 acompanhada, não pela filha, mas pela Senhora Enfermeira [MN].

*- Observada a utente, a médica assistente entendeu ser necessária a intervenção cirúrgica, determinando os procedimentos necessários. Questionou a Senhora Enfermeira sobre **se estavam familiares presentes**, por causa da questão do consentimento, tendo a Senhora Enfermeira respondido que não. Tentou, então, contactar a Drª* [PO] *para saber como proceder, uma vez que estava há pouco tempo a trabalhar na instituição e ainda não tinha sido confrontada com situação idêntica; não tendo conseguido falar com a superior hierárquica, acabou por assinar o termo do Consentimento Informado, em boa-fé, achando que estava a*

fazer o melhor para a utente. Tudo conforme resulta das declarações prestadas pela Senhora Diretora Técnica e pela Senhora Enfermeira da instituição de acolhimento.

- Assim, a ora Reclamante, filha da utente [MC]*, poderia ter acompanhado a sua mãe ao Serviço de Urgência no dia 23.10.2021 e teria intervindo no processo de consentimento informado – não veio, apesar de se ter disponibilizado para tal, porque a Drª* [PO] *pensou que a ser necessária a cirurgia esta seria agendada para data posterior e, então, a D.* [AA] *teria oportunidade de conversar com a médica assistente. A médica assistente, no dia referido, questionou a Senhora Enfermeira sobre* ***se estava presente família da utente*** *– se esta tivesse referido à médica que iria contactar a instituição para verificar a situação familiar ou se tivesse conseguido contactar de imediato a Drª* [PO]*, esta ter-lhe-ia dito de imediato que teria de ser contactada a filha, não devendo ser ela a prestar o consentimento… no entanto, o que aconteceu foi que referiu à médica que* ***não estavam familiares presentes*** *e, não tendo conseguido contacto com a superior hierárquica, assinou o termo de Consentimento Informado*.

- Note-se, também, que o contexto é de ocorrência em urgência e não de Consulta Externa, em que, sendo proposta uma cirurgia, o utente é inscrito em Lista de Espera Cirúrgica e há todo um tempo de espera e de procedimentos até à cirurgia (a Drª [PO] *pensou que seria uma situação dessas).*

Nesta conformidade, sendo certo que quem deveria ter sido interveniente no processo deveria ter sido a filha aqui Reclamante, não nos parece ter havido culpa ou incumprimento de procedimentos por parte dos diversos intervenientes.

2 – Remete-se, como Doc. 4, Instrução de Trabalho interna sobre Consentimento Informado.

3 – A temática do Consentimento Informado tem presença regular no plano de Formação anual do Centro Hospitalar – junta-se a título de exemplo, como Doc. 5, as ações formativas relativas ao ano de 2021.

Em 2022, com a colaboração da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), o Curso Mudança e Melhoria do Desempenho das Unidades de Saúde – Co-Produção e Intervenção, com a duração de 20 horas, foi dedicado inteiramente ao Consentimento Informado (Docs. 6 e 7) e, em resultado do mesmo, foram revistos os procedimentos em uso nos diversos Serviços, sendo sistematizada e elaborada a Instrução de Trabalho transversal, que se juntou como Doc. 4." – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos anexos), datada de 24 de janeiro de 2023, remetida pelo CHBV à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

16. Em anexo à referida comunicação, o CHBV remeteu ainda os seguintes documentos:

- Ficha do episódio de urgência de MC no CHBV em 6 de outubro de 2021, importando destacar os seguintes trechos:

"***Triagem***

(…)

Prioridade Clínica

Urgente (amarelo)

(…)

Especialidade: URG ORTOPEDIA

(…)

Queixa: ***Recorre ao SU por dor no MID após trauma esta noite. Nega TCE ou perda de consciência****.*

(…)

Observações médicas

(…) *06-Out-2021 09:33:05 Dr.* [PH] */ URG ORTOPEDIA*

Queda com dor anca e perna dta

Aguarda realização de rx

06-Out-2021 10:54:55 Dr. [PH] */ URG ORTOPEDIA*

Peço TAC por duvida de # impactada em valgo

06-Out-2021 13:18:51 Dr. [PH] */ URG ORTOPEDIA*

Confirma-se fratura subcortical à direita com impactação óssea, sem sinais de luxação da cabeça femoral*.*

Sem outras fraturas evidentes.

Alterações degenerativas ósseas difusas

06-Out-2021 13:22:09 Dr. [CJ] */ URG ORTOPEDIA*

(…)

Contacto lar para discussão sobre situação do doente

06-Out-2021 14:27:20 Dr. [PH] */ URG ORTOPEDIA*

Contactei o Lar – Dra. [PO]*, Assistente Social*

Doente já só caminha com apoio de andarilho e 3.ª pessoa

Atendendo de que se trata de # impactada em doente já dependente na marcha, propõe-se analgesia e manter repouso relativo

Rever 2 sem com rx neste SU – 23.10.2021 (…)"

- Ficha do episódio de urgência de MC no CHBV em 23 de outubro de 2021, importando destacar os seguintes trechos:

"(…) ***Triagem***

(…)

Prioridade clínica

Outros casos (Branco)

Critério para a cor branca: Doente referenciado por médico (independentemente do local de referenciação ou da especialidade) ***sem situação aguda ou de urgência****, seja para a realização de técnica, exame complementar ou acto médico não urgente (por exemplo, doente enviado para reavaliação clínica, remoção ou renovação de imobilizações, etc.*

(…)

Especialidade: URG ORTOPEDIA

(…)

Queixa: ***Doente vem para repetição de RX, ao cuidado da Dra. [PH]****. Nega queixas. Doente vulnerável, ap* ***demência****.*

Observações médicas

23-Out-2021 09:41:20 Dr. [PH] */ URG ORTOPEDIA*

Veio para controlo de # sub capital fémur dto, impactado em valgo*.*

23-Out-2021 10:50:20 Dr. [PH] */ URG ORTOPEDIA*

Para PPA

RPO

(…)

Destino do Doente

(…)

Serviço de Internamento – Ortopedia

(…)

Notas de 22/10/2021 21:23:09 até 23/10/2021 16:00:00

Nota de Enfermeiro [MLPC]

Vem para observação médica

Consciente e colaborante

Colheu sangue para análises

Colheu sars covid

Acompanhada por enf da instituição que foi informada da situação e levou pertences

Aguarda chamada ao bloco operatório (…)"

- Auto de declarações da Diretora Técnica do CFCCV, Dra. PO, e da Enfermeira à data ao serviço da mencionada instituição, MN, declarações prestadas no âmbito do processo de inquérito n.º 3/2022, que correu termos no CHBV, importando destacar os seguintes trechos:

"(…) *Confirma que à data dos factos a Senhora* [MC] *era utente da Instituição, em regime de internamento.*

No dia 6 de Outubro de 2021 a utente caiu e foi encaminhada para o Serviço de Urgência, acompanhada pelos Bombeiros. Face à situação pandémica não era permitido o acompanhamento dos utentes (fora dessa situação, vai uma funcionária da Instituição ao Serviço de Urgência para acompanhar o utente).

A dada altura ligou a médica [PH] *do Hospital e falou com a Depoente, explicando que, face às lesões e à idade seria conveniente num primeiro momento fazer um repouso de cerca de 15 dias, para se ver a evolução da doente e depois, consoante a evolução verificada, avançar-se-ia para uma cirurgia ou não. Confirma que a médica mencionou desde logo que* ***poderia haver necessidade de se recorrer a cirurgia*** *e daí ter ficado desde logo "agendada" uma reavaliação da doente para daí a duas semanas.*

Questionada como é que a médica sabia como contactar a instituição, responde que os utentes vão sempre acompanhados de documentação, onde é referido, nomeadamente o contacto do Lar.

Refere que quando a doente foi para o Serviço de Urgência comunicou de imediato com a filha [AA]*, que era, perante a Instituição, o familiar de referência. Quando a D.* [MC] *chegou do Hospital comunicou novamente com a filha, dando-lhe conta de tudo quanto a médica referiu, nomeadamente da* ***possibilidade de ter de se realizar uma cirurgia e que seria reavaliada daí a 2 semanas e nessa altura seria então melhor avaliada a necessidade de cirurgia ou não****.*

No dia 23 de outubro de 2021 – data marcada pela Dr.ª [PH] *para a reavaliação da doente – a Senhora* [MC] *foi conduzida novamente ao Serviço de Urgência e, neste dia, acompanhada pela Senhora Enfermeira* [MN]*.*

Questionada sobre a razão pela qual desta vez foi acompanhada por Enfermeira e da primeira vez não, responde que, da primeira vez foi uma situação de emergência, foi acionado o 112 porque a D. [MC] *sofrera uma queda; desta 2.ª vez, apesar de lhes ter sido referido pela médica para se dirigirem ao Serviço de Urgência,* ***consideraram a situação como equivalente a uma consulta*** *e, na instituição quando os utentes têm de ir a uma consulta vão sempre acompanhados de um profissional da instituição.*

Nesse dia 23, chegada com a utente ao Serviço de Urgência, refere a Enfermeira [MN] *que a D.* [MC] *foi fazer RX e depois de ser avaliada pela Dr.ª* [PH] *a médica veio falar com a depoente e explicou-lhe que, perante o resultado do RX e da sua avaliação à doente, entendia que a utente teria de ser operada, tendo de ser submetida a uma prótese total da anca. Confirma que a médica lhe explicou a situação da utente.*

Refere que lhe entregaram uns papeis para assinar – recordando-se que a médica lhe perguntou se a doente tinha família presente. Perante isso, tentou ligar para a Dr.ª [PO] *para questionar o que devia fazer – uma vez que estava há pouco tempo na instituição e não lhe tinha ainda surgido uma situação semelhantes. Todavia não a conseguiu contactar, pelo que, de boa fé e pensando tão só no bem-estar da Sr.ª* [MC]*, assinou o termo de consentimento que lhe foi entregue.*

Entretanto a Dr.ª [PO] *devolveu o contacto telefónico e a Senhora Enfermeira colocou-a a par do que tinha ocorrido. Quando soube que a Senhora Enfermeira tinha assinado o consentimento, a Dra.ª* [PO] *referiu-lhe que não deveria ter sido ela a fazer isso, mas sim a filha a tomar essa decisão, pelo que disse à Enfermeira [MN] para contactar a D.* [AA]*, dando-lhe conta do sucedido, de forma a que ela pudesse, se assim o entendesse, reverter os acontecimentos. Questionada, acha que o contacto da Dr.ª* [PO] *ocorreu quando já não estava no Hospital.*

Logo que chegou à Instituição, a Senhora Enfermeira [MN] *contactou com a D.* [AA] *contando-lhe o que se havia passado no Hospital.*

Questionada se a filha da utente, sabendo que a mãe iria ser reavaliada no dia 23 e que haveria a possibilidade de ser submetida a cirurgia, não se disponibilizou para acompanhar a mãe em vez do profissional da Instituição, a Dr.ª [PO] *respondeu que sim – no entanto, esclarece que havia a perceção de que essa reavaliação era como uma situação de consulta como tantas outras em que acompanham os utentes: estava a depoente absolutamente convencida de que a D.* [MC] *iria ser reavaliada pela Dr.ª* [PH] *e, colocando-se a necessidade de ser realizada cirurgia, esta não seria no imediato, como afinal foi… Achou que seria transmitida essa necessidade, que eles contactariam a filha e que, então, esta e os irmãos decidiriam, poderiam falar com a médica e iriam assinar o termo de responsabilidade… tal como acontece noutras situações. Nunca passou pela cabeça da depoente que a situação fosse imediata, que fosse logo pedida a assinatura do termo de consentimento e se iniciassem de imediato os preparativos para a cirurgia.*

Questionada sobre a postura da D. [AA]*, responde que sempre foi uma filha presente e interessada pela mãe e não tem dúvidas de que deveria de facto ter sido a filha (e os irmão) a consentirem na intervenção cirúrgica e seria isso que aconteceria, numa situação normal. Foram, de certa forma, surpreendidas com o facto de a cirurgia ser logo no dia 23 e a senhora Enfermeira* [MN] *– recente na instituição – acabou por assinar o consentimento; mas fê-lo de boa-fé, para não atrasar, então, os procedimentos e pensando que tal seria melhora para a D.* [MC]*, não tendo tido qualquer intenção de se substituir à filha. Logo que a Dr.ª* [PO] *percebeu esta situação, procurando, tentar remediar, pediu à Enfermeira para contactar a D.* [AA] *e coloca-la a par do sucedido. Frisa que tudo foi feito com boa-fé e a maior das transparências.* (…)"

- Instrução de Trabalho do CHBV sobre consentimento informado, documento aprovado pelo Conselho de Administração do referido prestador em 7 de julho de 2022, onde se pode ler, para além do mais, o seguinte:

"(…) ***<u>As decisões sobre a saúde de uma pessoa que não tenha a capacidade para decidir obrigam à obtenção de autorização do seu representante legal, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei</u>***. *No entanto, essas pessoas devem participar no processo de decisão, na medida do possível.* (…)"

- Cópia do curso sobre Consentimento Informado realizado no CHBV nos dias 8 de maio e 7 de junho de 2021, com 7h de carga horária;

- Curso Mudança e Melhoria do Desempenho das Unidades de Saúde – Co-Produção e Intervenção, com a duração de 20 horas, realizado pelo CHBV em colaboração com a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, e inteiramente ao Consentimento Informado;

– Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Mensagem de correio eletrónico (e respetivos anexos), datada de 24 de janeiro de 2023, remetida pelo CHBV à ERS, documentos que aqui se dão por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

III. DO DIREITO

III.1. Da missão, das atribuições e competências da ERS

17. Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, a ERS "*tem por missão a regulação, nos termos previstos nos presentes estatutos, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*", sinalizando a alínea b) do n.º 2 do mesmo preceito que as suas atribuições 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 dos demais direitos dos utentes*".

18. O artigo 4.º dos mencionados Estatutos sublinha que a ERS "*exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social*" (n.º1), estando, assim, sujeitos "*à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos dos presentes 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*" (n.º 2).

19. Resulta, pois, inequívoco que o CHBV é uma entidade prestadora de cuidados de saúde, inscrita, ademais, no SRER da ERS sob o número de registo acima identificado, encontrando-se, assim, sob a alçada regulatória e de supervisão da ERS.

20. Por outro lado, o artigo 10.º dos aludidos Estatutos identifica um conjunto de objetivos de regulação da ERS, importando destacar, pela sua relevância para os presentes autos, os seguintes: "[a]*ssegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos*

termos da Constituição e da lei" (alínea b)); "[g]*arantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*" (alínea c)); "[z]*elar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*" (alínea d)).

21. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.

22. Assim, a alínea a) do artigo 12.º dos referidos estatutos estabelece que "[p]*ara efeitos do disposto na alínea b) do artigo 10.º incumbe à ERS* [a]*ssegurar 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*".

23. O artigo seguinte, o 13.º, ressalva que, na prossecução do objetivo enunciado na alínea c) do artigo 10.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras atribuições, "[a]*preciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, nos termos do artigo 30.º, garantindo o direito de acesso pela Direção-Geral da Saúde e pela Direção-Geral do Consumidor à informação quanto à natureza, tipologia e volume das causas mais prevalentes de reclamações, bem como proceder ao envio de relatórios periódicos às mesmas entidades*" (alínea a)) e "[v]*erificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes*" (alínea b)).

24. Por seu turno, o objetivo traçado na alínea d) do artigo 10.º dos mencionados Estatutos é densificado no artigo 14.º daquele diploma legal, atribuindo à ERS a incumbência de "[g]*arantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade* (…)" (alínea c)) e de "[p]*ropor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários atividade objeto de regulação pela ERS*" (alínea d)).

25. Na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de "[z]*elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições*" (alínea a)) e "[e]*mitir 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*" (alínea b)).

III.2. <u>Da prestação de cuidados de saúde aos utentes dos serviços de saúde</u>

26. Inserido no Capítulo II ("*Direitos e deveres sociais*"), do Título III ("*Direitos e deveres económicos, sociais e culturais*"), da Parte I ("*Direitos e deveres fundamentais*") da Constituição da República Portuguesa (CRP), o "*direito à protecção da saúde*", consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da "*realização da democracia* (…) *social*" (artigo 2.º da CRP).

27. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, "[p]*ara assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado* (…) [g]*arantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*" (alínea a)) e "[d]*isciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade*" (alínea d)).

28. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que "[o] *direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer*" (n.º 1), pelo que "[…] *compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos*" (n.º2).

29. Por ser assim, "[o] *Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais*" (n.º 4 da Base 1).

30. A Base 20, por sua vez, define o SNS como "*o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde*" (n.º 1).

31. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caraterizadoras: " [u]*niversal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade"* (alínea a)*;* "[g]*eral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o*

tratamento e reabilitação dos doentes" (alínea b))*;* "[t]*endencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos"* (alínea c))*;* "[i]*ntegração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede"* (alínea d))*;* "[e]*quidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis"* (alínea e))*;* "[q]*ualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa"* (alínea f))*;* "[p]*roximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde"* (alínea g))*;* "[s]*ustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis"* (alínea h))*;*" [t]*ransparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS*" (alínea i)) – Cfr. N.º 2 da Base 20 da LBS.

32. Acrescenta o n.º 1 da Base 21 que "[s]*ão beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses*".[1]

33. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à proteção da saúde, a verdade é que a efetivação do mesmo se estende a diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde, devendo aquele direito ser assegurado pelos prestadores de cuidados de saúde:

(i) Do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;

(ii) Próprios, convencionados ou em regime livre de um determinado sistema ou subsistema público de saúde, caso o utente seja beneficiário de tal sistema ou subsistema, e nos termos definidos pelo mesmo;

(iii) Próprios, convencionados ou em regime livre, ao abrigo de um dado seguro de saúde, caso o utente haja contratado uma tal cobertura do risco de doença, e nos termos acordados com a entidade seguradora;

(iv) Do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.

34. Trata-se, pois, de uma solução legislativa de compromisso que, com o objetivo de garantir e efetivar o direito constitucional à proteção na saúde, visa colmatar as eventuais lacunas e

[1] No mesmo sentido aponta o artigo 4.º, n.º 1 do novo estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.

35. Não subsistem, pois, dúvidas que sobre o CHBV, enquanto estabelecimento prestador de cuidados de saúde integrado no SNS (alínea b) do artigo 3.º do novo estatuto do SNS), impende a obrigação de assegurar efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva, devendo fazê-lo, aliás, em conformidade com o quadro legal vigente.

III.3. Dos direitos do utente dos serviços de saúde

III.3.A. Acesso e adequação dos cuidados de saúde

36. Estabelece, em geral, a alínea b) da Base 2 da nova LBS que "*todas as pessoas têm direito* [a] *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*".

37. Com efeito, o disposto na alínea supratranscrita é paradigmático da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.

38. Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados, traduzindo uma preocupação evidente em garantir que, em cada uma das concretas fases do tratamento, aqueles cuidados são prestados num hiato temporal razoável.

39. Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados e tratamentos que lhe são prestados.

40. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente, além dos comandos normativos genéricos consagrados na nova LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os "*Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde*".

41. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito a "*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) e "*à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*" (n.º 2).

42. Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois importantíssimos critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser *"prestados humanamente e com respeito pelo utente*", o que evidencia, uma vez mais, a interligação fortíssima entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.

43. Em suma, o acesso aos cuidados de saúde, deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber: económica, geográfica, qualitativa e temporal.

44. Ora, a vertente económica implica que o acesso aos cuidados de saúde não fique dependente das condições económico-financeiras dos utentes, estando, ao nível do SNS, correlacionada com o princípio da tendencial gratuitidade dos serviços de saúde prestados.

45. De uma outra perspetiva (geográfica), o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam, isto é, o acesso dos utentes de determinada região deve ser assegurado em igualdade de circunstâncias, quando comparado com o acesso dos utentes de qualquer outra região do país.

46. Numa perspetiva qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser entendido como o acesso aos cuidados que efetivamente são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes.

47. Por seu turno, a vertente temporal do direito de acesso surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil, por referência à situação clínica dos utentes.

III.3.B. Informação

48. A alínea e) da Base 2 da LBS reconhece a todas as pessoas o direito "[a] *ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções*

propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar" – Cfr. No mesmo sentido o artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

49. Quer dizer, o utente tem direito a ser plenamente informado sobre todos os dados relativos ao seu estado de saúde, nomeadamente no que tange aos tratamentos a que vai ser submetido e aos seus respetivos riscos e benefícios, às alternativas possíveis, aos efeitos em caso de recusa de tratamento, bem como ao diagnóstico, ao prognóstico e aos progressos que se forem verificando na sua situação.

50. A natureza específica da prestação de cuidados de saúde e, bem assim, a necessidade imperiosa de salvaguardar os direitos e interesses dos (potenciais) utentes, exige, pois, que a informação à disposição destes, e que é transmitida pelos prestadores, seja particularmente rigorosa e fidedigna, de molde a assegurar o respeito pelas normas de transparência vigentes.

51. É que a relação estabelecida entre prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência, devendo tais princípios revelar-se em todos os momentos da relação, incluindo nos que antecedem a própria prestação de cuidados de saúde.

52. Com efeito, a informação no setor da saúde deve ser transmitida com verdade, com antecedência (de maneira a não colocar o utente numa situação de pressão quanto à decisão a tomar), de forma clara, adaptada à sua capacidade de compreensão, contendo todos os elementos necessários à ponderação e decisão do utente.

53. Deste modo, importa assegurar que, em momento anterior à prestação de cuidados de saúde, os utentes são devidamente informados sobre a natureza e o âmbito dos serviços a prestar, designadamente sobre os recursos disponíveis e as questões financeiras (por exemplo, eventuais encargos) e logísticas associadas.

54. Como se percebe, o direito à informação (e o concomitante dever de informar) assume(m) importância fundamental e estruturante da relação estabelecida entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes.

55. Na verdade, o direito do utente à informação deve modelar todo o quadro de relações, atuais e potenciais, entre utentes e prestadores de cuidados de saúde.

56. Neste sentido, para que os princípios da transparência e lealdade vigentes em matéria de relações utente-prestador sejam respeitados, a informação, ressalva-se, não pode deixar de ser completa, verdadeira e inteligível.

57. Analisada a situação de um outro ponto de vista, resulta inequívoco que o incumprimento do dever de informar ou a transmissão de informação errónea ou incompleta revelam-se idóneas para distorcer o exercício da liberdade de escolha dos utentes, podendo mesmo facilitar (e até criar) situações de lesão de direitos e interesses financeiros dos utentes.

58. É que o direito do utente à informação constitui também um elemento fundamental para a construção e solidificação da relação de confiança que deve estabelecer-se entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes, uma relação, como é consabido, que é assimétrica por natureza no que diz respeito aos conhecimentos (técnicos, legais, administrativos, etc.) que ambas as partes dispõem.

59. Efetivamente, na larguíssima maioria das situações, o utente não dispõe da informação (por vezes, mínima) com relevo para a ponderação e decisão que lhe compete, razão pela qual, regra geral, delega essa decisão numa outra entidade que possui essa informação: o agente da oferta, ou mais concretamente, o profissional de saúde;

60. Ora, nesta delegação de direitos de propriedade sobre o consumo – que, em boa verdade, consubstancia uma relação de agência, na qual o agente é o representante do principal (utente consumidor) –, exige-se que a decisão sobre o consumo respeite integralmente as necessidades e as preferências do utente consumidor.

61. Note-se, ademais, que nos mercados de serviços de saúde predomina a comummente denominada "*informação imperfeita*" dos cidadãos em relação à saúde e à doença.

62. De facto, é natural que o utente (ou os seus representantes) detetem(m) ou identifiquem a existência de um sintoma, ainda que, grosso modo, não sejam capazes de determinar a sua origem, avaliar a sua gravidade ou descortinarem a terapêutica adequada para resolução do problema.

63. Essa determinação e avaliação compete, por sua vez, ao profissional de saúde, que, por dispor de conhecimentos e informações próprias da sua função e formação profissional (por exemplo, os atos ou meios complementares de diagnóstico cuja realização se impõe), conduzirá ao tratamento adequado.

64. É justamente por existir esta assimetria de conhecimentos e informações que se exige que o utente (ou os seus representantes), antes de decidir(em) (ou não), pela realização de um determinado exame ou tratamento, seja(m) informado(s) de forma completa, clara e verdadeira, "*sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar*".

65. Acresce que, assumindo o utente a posição de consumidor de um serviço, a iniciativa de informar deve sempre partir do prestador de cuidados de saúde, que não poderá, obviamente, escudar-se na circunstância de o interessado "*não ter perguntado*", "*ter o dever de saber*" ou de "já *ter sido informado noutra ocasião*".

66. Deve, pois, o prestador de cuidados de saúde agir com especial cuidado na execução do seu dever de informar os utentes de todos os aspetos que podem influenciar a sua decisão final de escolha, fazendo-o, ademais, com o propósito de garantir a salvaguarda do princípio da transparência na relação com o utente.

III.3.C Consentimento informado

67. Pela sua relevância para os presentes autos de inquérito, importa ainda fazer menção ao comummente denominado "*direito ao consentimento ou recusa informado(a)*".

68. Como muito bem faz notar o Professor André Dias Pereira[2], "[a] *moderna dogmática da responsabilidade médica vê no consentimento informado um instrumento que permite, para além dos interesses e objectivos médico–terapêuticos, incrementar o respeito dos aspectos individuais e volitivos do paciente*".

69. Neste sentido, "[o] *fim principal do dever de esclarecimento é permitir que o paciente faça conscientemente a sua opção, com responsabilidade própria face à intervenção, conhecendo os seus custos e consequências, bem como os seus riscos, assumindo-se assim o doente como senhor do seu próprio corpo*"[3].

70. Ora, "*o consentimento informado é um instituto jurídico complexo que se traduz num processo dinâmico de inter-relação entre os diversos agentes envolvidos*", sendo que, regra geral, tal relação é "*simples*" e "*bilateral*", isto é, envolvendo apenas "*o médico e o paciente*"[4].

71. Existem, contudo, situações (como é aquela que ora se aprecia nos presentes autos) em que tal relação se revela "*complexa e multilateral, envolvendo toda uma equipa médica (v.g., enfermeiros, auxiliares, assistentes, etc.), por parte do prestador de saúde e, a família, pessoas próximas e representantes legais, por parte do paciente*" [5].

---

[2] Dias Pereira, André Gonçalo, *in O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente*, Repositório Científico da Universidade de Coimbra, 2003, página 25. Disponível em https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89350 .
[3] Ibid., página 25.
[4] Ibid., página 72.
[5] Ibid., página 72.

72. No que diz respeito às modalidades do consentimento informado, o Professor André Dias Pereira[6], na senda do entendimento do Professor Manuel de Andrade, clarifica que, "*entre nós vigora o princípio da liberdade declarativa*", pelo que "*o consentimento relevante para excluir a ilicitude da lesão tanto pode ser expresso como tácito*".

73. Todavia, neste último caso, "*terá de deduzir-se de factos que "com toda a probabilidade" revelem tal consentimento (art. 217º do CC), ou seja, terá de decorrer de factos concludentes, que se reportem à específica e concreta lesão consentida*" [7].

74. A legislação portuguesa identifica, contudo, situações em que é necessária a obtenção de consentimento expresso.

75. Com efeito, e apesar das diferenças dogmáticas existentes, "*a maior parte dos casos em que se exige declaração expressa estão associados à prescrição da forma escrita*"[8], matéria que se encontra regulada na Norma da Direção-Geral de Saúde (DGS) n.º 015/2013 de 3 de outubro de 2013, atualizada em 4 de novembro de 2015 (e a cujo teor se fará menção mais adiante)[9].

76. Feito este enquadramento doutrinário, julga-se pertinente realçar a importância dos comandos normativos constantes da "*Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina*", que entrou em vigor em Portugal no dia 1 de dezembro de 2001, após ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 03 de janeiro e pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, da mesma data.

77. Conforme se pode ler no seu artigo 5.º, a regra geral em matéria de consentimento é a de que "[q]*ualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido*", devendo, ademais, a pessoa "(…) *receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos*".

78. Em todo o caso, como é sublinhado na parte final do mencionado artigo 5.º, "[a] *pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento*".

---

[6] Ibid., página 297.
[7] Ibid., página 297.
[8] Ibid., página 298.
[9] Disponível em https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx .

79. No caso específico das pessoas que carecem de capacidade para prestar o seu consentimento, o artigo 6.º estatui que, nestes casos, "*qualquer intervenção* (…) *apenas poderá ser efectuada em seu benefício directo*" (n.º 1).

80. Por outro lado, acrescenta o n.º 3 do mesmo preceito que "[s]*empre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei*", sendo certo que "[a] *pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização*".

81. Ademais, "[o] *representante, a autoridade, a pessoa ou a instância* [acima] *mencionados* (…) *recebem, nas mesmas condições, a informação citada no artigo 5.º*" (n.º 4), podendo, a qualquer momento, retirar a autorização aludida no n.º 3 do artigo 6.º, desde que o faça "*no interesse da pessoa em questão*".

82. Em situações de urgência, o artigo 8.º da referida convenção dispõe que quando o consentimento informado não puder ser obtido "(…) *poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa*".

83. O artigo 9.º daquela convenção adverte ainda que "*será tomada em conta* (…) *a vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade*".

84. Além dos normativos consagrados na mencionada Convenção, importa sublinhar que "[o] *ordenamento jurídico português confere uma ampla tutela ao direito à autodeterminação da pessoa humana estando o direito ao consentimento livre e esclarecido indiscutivelmente consagrado entre nós, enquanto dimensão do direito à integridade pessoal (art. 25º CRP)*"[10].

85. Por outro lado, na senda do consagrado na referida Convenção e na CRP, a alínea f) do n.º 1 da Base 2 da LBS consagra o direito a "*decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde*".

86. No mesmo sentido, o artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março estatui que "[o] *consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei*" (n.º1), sendo que "[o] *utente dos*

[10] Ibid., página 50.

serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento" (n.º 2).

87. Ademais, a alínea r) do n.º 5 da Norma da DGS n.º 015/2013 de 3 de outubro de 2013, atualizada em 4 de novembro de 2015, clarifica que "[o] *consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito, é obrigatório nas seguintes situações:* (…) [r]*ealização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos, com exceção das intervenções simples de curta duração para tratamento de afeções sobre tecidos superficiais ou estruturas de fácil acesso, com anestesia local*".

88. Nestes casos, "[o] *processo de informação e consentimento informado deve ficar registado e fundamentado no processo clínico*" (n.º 6), sendo que "[a]*s decisões sobre a saúde de uma pessoa que careça de capacidade para decidir obrigam, independentemente de ser tentado o seu envolvimento, à obtenção de autorização do seu representante legal, do procurador de cuidados de saúde, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei*" (n.º 7).

89. Efetivamente, nos termos do disposto no artigo 138.º do Código Civil, "[o] *maior impossibilitado, por razões de saúde, deficiência, ou pelo seu comportamento, de exercer, plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus deveres, beneficia das medidas de acompanhamento previstas neste Código*".

90. Nestes casos, como se adverte na publicação da ERS sobre "*Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*"[11], "*o acompanhamento do maior é decidido pelo tribunal e visa assegurar o seu bem-estar, a sua recuperação, o pleno exercício de todos os seus direitos e o cumprimento dos seus deveres*"[12].

91. Com efeito, o acompanhamento que vier a ser determinado judicialmente deverá limitar-se ao necessário para salvaguardar os direitos e interesses da pessoa acompanhada (n.º 1 do artigo 145.º do Código Civil), sendo certo que, "[e]*m função de cada caso e independentemente do que haja sido pedido, o tribunal pode cometer ao acompanhante algum ou alguns dos regimes seguintes*: [r]*epresentação geral ou representação especial com indicação expressa, neste caso, das categorias de atos para que seja necessária*; (…) [a]*utorização prévia para a prática de determinados atos ou categorias de atos*; (…) [i]*ntervenções de outro tipo, devidamente explicitadas*" (alíneas b), d) e e) do n.º 2 do mencionado preceito legal).

[11] Disponível em https://www.ers.pt/media/fhejukse/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-documento-macro.pdf .
[12] Ibid, página 154.

92. Ora, em situações em que a prestação de cuidados necessária não é urgente - isto é, em que é possível aguardar algum tempo sem prejuízo imediato para a saúde do utente acompanhado – e em que o utente não está ainda acompanhado nos termos acima expostos – quer dizer, subsiste a impossibilidade, por um lado, de receber e perceber a informação prestada relativamente à intervenção cirúrgica a levar a cabo e, por outro, de prestar o respetivo consentimento – "*poderá ser iniciado o competente processo judicial para a designação do acompanhante, nos termos do artigo 141.º do Código Civil*"[13].

93. Finalmente, julga-se pertinente também referir que o n.º 1 do artigo 150.º do Código Penal dispõe que "[a]*s intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física*".

94. De facto, "[r]*esulta da norma em causa que qualquer ato, praticado por um profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito, com propósito terapêutico e que esteja em conformidade com as leges artis, ainda que venha a provocar danos ao utente, não se considera ofensa à integridade física*"[14].

95. No entanto, a título complementar, o n.º 1 do artigo 156.º do Código Penal adverte que "[a]*s pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa*".

IV. Da análise da situação concreta

96. Da análise das informações e da documentação trazida ao conhecimento da ERS logrou-se apurar que, efetivamente, a utente MC padecia de "*demência*" – informação registada na ficha do episódio de urgência no CHBV em 23 de outubro de 2021 – o que a impossibilitava, por um lado, de compreender as informações que lhe poderiam ser dadas pelo HIDP sobre a sua situação clínica e, por outro, de comunicar a sua vontade, nomeadamente para efeitos de consentir ou recusar a realização da cirurgia em apreço nos presentes autos.

97. Em segundo lugar, resultou, igualmente, demonstrado que o CFCCV – onde MC se encontrava institucionalizada – e/ou a enfermeira MM – profissional ao serviço e sob as

[13] Ibid, página 155.
[14] "Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde", página 132.

ordens daquela instituição – não dispunham de legitimidade para consentir ou recusar a realização daquele procedimento cirúrgico, desde logo porque, como esclareceu a reclamante (e não foi contrariada neste particular por nenhum dos intervenientes), "*ninguém do lar foi nomeado representante ou acompanhante de maior à* [sua] *mãe (e com poderes para o efeito)*".

98. Não obstante, a Dra. PH, médica ao serviço e sob as ordens do CHBV à data dos factos em apreço (23 de outubro de 2021), após reavaliar a utente concluiu pela necessidade de a mesma ser submetida a cirurgia, para o que diligenciou pelos seus subsequentes trâmites, nomeadamente a obtenção de consentimento informado, o qual viria a ser prestado pela enfermeira MN.

99. Ora, neste particular importa clarificar duas questões fundamentais.

100. Em primeiro lugar, o CHBV alega que o consentimento informado foi assinado por MM porque PH recebeu a informação de que nenhum familiar de MC estava presente.

101. Acontece que, independentemente da presença ou não de familiar da utente, tratando-se de uma utente incapaz de manifestar a sua vontade e de um caso em que o consentimento tem obrigatoriamente de ser prestado por escrito (alínea r) do n.º 5 da Norma da DGS n.º 015/2013 de 3 de outubro de 2013, atualizada em 4 de novembro de 2015), impendia sobre o CHBV a obrigação de tentar obter aquele consentimento junto do respetivo acompanhante da utente (artigo 138.º e seguintes do Código Civil), se judicialmente designado, ou dos seus representantes legais, ao invés de se bastar comodamente com o consentimento prestado pela enfermeira do lar que circunstancialmente acompanhou MC ao HIDP.

102. Aliás, considerando que a filha da utente, ora reclamante, já entrara em contacto com o HIDP a propósito da situação de MC e que AA, "*uma filha presente e interessada pela mãe*", era a representante da paciente junto do CFCCV, não se afigura que fosse particularmente exigente a tarefa de contactar AA, expor a situação clínica da sua progenitora e, com vista a obter o mencionado consentimento, tentar perceber junto da exponente se, *in casu*, tinha ou não sido designado um acompanhante da utente (artigo 138.º e seguintes do Código Civil) e, em caso afirmativo, qual a sua identidade.

103. Tanto mais, note-se, que a situação de MC não poderá ser considerada uma urgência, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 8.º da "*Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina*".

104. Que assim é, basta consultar a ficha do episódio de urgência de MC no HIDP em 23 de outubro de 2021, onde se constata que foi atribuída à utente a prioridade "*Outros casos (Branco)*", que corresponde a "[d]*oente referenciado por médico (independentemente do local de referenciação ou da especialidade)* ***sem situação aguda ou de urgência****, seja para a realização de técnica, exame complementar ou* ***acto médico não urgente*** *(por exemplo, doente enviado para reavaliação clínica, remoção ou renovação de imobilizações, etc*". – Negrito e sublinhado nosso.

105. Acresce que, ainda que se considerasse tratar-se de uma situação urgente, nos termos e para os efeitos do disposto no mencionado preceito legal, a atuação do CHBV não se revelaria correta, porquanto, nestas situações, tratando-se de uma "*intervenção medicamente indispensável*", a cirurgia poderia realizar-se sem aquele consentimento desde que fosse concretizada "*em benefício da saúde da pessoa em causa*".

106. Por outra palavras, ainda que se considerasse uma urgência com aquele sentido e alcance, a solução nunca seria a de obter e bastar-se com o consentimento informado prestado por uma enfermeira que ocasionalmente acompanhou a utente ao hospital.

107. Neste sentido, ao atuar nos termos supra descritos, o CHBV incumpriu o "*direito ao consentimento ou recusa informado(a)*" de MC e dos seus representantes, assim infringindo o disposto nos artigos 5.º e 6.º, n.º 3 da "*Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina*", na Base 2, n.º 1, alínea f) da LBS, no artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e na alínea r) do n.º 5 da Norma da DGS n.º 015/2013 de 3 de outubro de 2013, atualizada em 4 de novembro de 2015.

108. Acontece que, apesar de concluir que, de facto, a informação médica atinente à situação clínica de MC deveria ter sido facultada à reclamante e aos seus irmãos, para que estes, "*de forma informada* [pudessem] *consentir, ou não, na intervenção cirúrgica da sua mãe*", o CHBV entende que, considerando o modo "*como a situação se desenvolveu*", não se verificou "*culpa ou negligência dos seus intervenientes, quer do Centro Hospitalar, quer do* [CFCCV], *nem a violação de procedimentos*".

109. Pelo contrário, o mencionado prestador considera que "[h]*ouve uma incorreta perceção por parte da Drª PO – Diretora Técnica da Instituição de acolhimento – quanto à 2ª vinda da utente* [MC] *ao* [CHBV]", não tendo a CFCCV compreendido que, no dia 23 de outubro de 2021, teria lugar não uma "*consulta externa*", mas a própria "*cirurgia*", o que terá, aliás, determinado que fosse a enfermeira MN a acompanhar a utente (e não a sua filha AA).

110. Se é certo que se admite que, na situação em apreço, a atuação do CFCCV (entidade que não está sob a alçada regulatória da ERS) não é isenta de reparos – seja na formação (atinente às regras de consentimento informado) da enfermeira MN, profissional ao seu serviço e sob as suas ordens, seja no processo de mediação entre o hospital e a família de MC a propósito da informação sobre a situação clínica da utente -, a verdade é que a atuação do CHBV, também neste particular, esteve longe de ser a mais correta.

111. Desde logo, porque a informação prestada ao CFCCV a propósito da ida de MC ao HIDP não se revelou clara.

112. Isso mesmo se percebe da leitura do episódio de urgência de 6 de outubro de 2021, onde se registou o seguinte:

"*06-Out-2021 14:27:20 Dr.* [PH] */ URG ORTOPEDIA*

Contactei o Lar – Dra. [PO]*, Assistente Social*

Doente já só caminha com apoio de andarilho e 3.ª pessoa

Atendendo de que se trata de # impactada em doente já dependente na marcha, propõe-se analgesia e manter repouso relativo

Rever 2 sem com rx neste SU – 23.10.2021" – Negrito e sublinhado nosso.

113. Ou seja, não é feita qualquer referência à possibilidade de, confirmando-se a necessidade de intervenção cirúrgica, a mesma ter lugar no próprio dia 23 de outubro de 2021.

114. Por outro lado, no Auto de declarações da Diretora Técnica do CFCCV, Dra. PO, e da Enfermeira à data ao serviço da mencionada instituição, MN (declarações prestadas no âmbito do processo de inquérito n.º 3/2022), o que é dito pelas depoentes é que a médica do HIDP, Dra. PH, lhes deu conta da "*possibilidade de ter de se realizar uma cirurgia e que seria reavaliada daí a 2 semanas e nessa altura seria então melhor avaliada a necessidade de cirurgia ou não*".

115. Donde, tais depoentes concluíram, com base na informação que lhes foi transmitida, que se tratava de "*situação* (…) *equivalente a uma consulta*", sendo que, nestas situações, o procedimento seguido é de a utente ser acompanhada por enfermeira do Lar e não por familiar.

116. Ora, não se pode dizer que a conclusão extraída pela Diretora Técnica e pela Enfermeira do CFCCV fosse descabida, sendo, aliás, a mais natural segundo as regras da lógica e da experiência comum.

117. É que sinalizar a eventual necessidade de realização de uma cirurgia após reavaliação da utente – que foi o que fez o CHBV – não é a mesma coisa que referir que, concluindo-se pela necessidade de realização do mencionado procedimento cirúrgico, o mesmo terá lugar no dia 23 de outubro de 2022 – que era o que o HIDP deveria ter comunicado de forma clara e inequívoca ao seu interlocutor, in casu, o CFCCV.

118. Não o tendo feito, o CHBV incumpriu também o direito à informação (alínea e) da Base 2 da LBS e artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março), nos termos do qual impende sobre o prestador de cuidados de saúde o dever de facultar aos utentes e/ou seus respetivos representantes, de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível, a informação atinente à situação do paciente, ao objetivo, à natureza, às alternativas possíveis, aos benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar.

119. Pelo exposto, justifica-se adoção da atuação regulatória e de supervisão adiante melhor descrita, a qual se traduz, em síntese, na emissão de uma instrução ao CHBV no sentido de garantir, em permanência, o respeito pelos direito dos utentes ao consentimento ou recusa informado e à informação, devendo assegurar ainda que os procedimentos internos implementados nesta matéria são, efetivamente, cumpridos pelos seus respetivos profissionais.

V. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

120. 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, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a reclamante e o prestador acima identificado.

121. Decorrido o prazo legal concedido, somente do CHBV apresentou a sua pronúncia escrita, a qual infra se transcreve:

"(…) *O* [CHBV] (…) *entende que deve manifestar a sua não concordância com algumas das conclusões extraídas do processo em apreço.*

A situação em causa teve natureza excecional, mercê da confluência das particularidades anteriormente transmitidas: a não perceção pela Senhora Diretora do Lar de acolhimento da utente que o contexto da 2.ª vinda da utente era de Urgência, ainda que não fosse de emergência e o facto de a Senhora Enfermeira se ter visto confrontada com uma situação

para si nova e não ter transmitido a informação de que a utente, não tendo família ali no Serviço de Urgência, tinha, na verdade, família acompanhante e presente na sua vida e que era quem devia ser feito o Consentimento Informado – s Senhora Enfermeira era o elo de ligação, naquele momento, entre o Hospital e o Lar de proveniência da utente; constando no ponto 102 do projeto de deliberação "considerando que a filha da utente, ora reclamante, já entrara em contacto com o HIDP a propósito da situação de MC (…)", a verdade é que, não se duvidando da palavra da reclamante, referiu ter contactado o Centro Hospitalar, não se conseguiu apurar com quem falou, não tendo sido com a equipa médica, pois, nesse caso, é óbvio que seria a D. [AI] *a intervir no processo. A instituição de acolhimento e, depois, a respetiva senhora enfermeira, foi sempre o interlocutor da médica assistente, perante a incapacidade da doente, não tendo sido referenciados familiares.*

Por outro lado, também se afigura razoável e expectável que, tendo sido explicada a situação clínica da utente e a razão de uma reavaliação da situação, em contexto de urgência, à Diretora Técnica da Instituição de acolhimento – naturalmente, pessoa com formação diferenciada -, a informação tivesse sido por esta via devidamente entendida.

Não obstante, como se referiu, a natureza excecional do ocorrido conduziu, de facto, a um resultado não conforme e, entendemos haver sempre lugar a melhorias para reduzir mesmo as ocorrências excecionais, pelo que este Conselho de Administração irá dar orientações para que se cumpra a instrução emitida e dá conhecimento à ERS dos procedimentos adotados, no prazo previsto. (…)" – Negrito e sublinhado nosso. – Cfr. Pronúncia escrita apresentada pelo CHBV (rececionada em 22 de março de 2023), documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

122. Como se percebe, o prestador, além de reiterar a posição e os argumentos anteriormente aduzidos, sobre os quais a ERS se pronunciou acima, informa que "*irá dar orientações para que se cumpra a instrução emitida e dá conhecimento à ERS dos procedimentos adotados, no prazo previsto*", sem que no entanto corporize as medidas adotadas para o efeito, o que deverá fazer junto da ERS em sede de cumprimento da instrução ora emitida.

123. É, pois, evidente que, em sede Audiência dos Interessados, não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, deve o seu conteúdo ser mantido na íntegra.

VI. DECISÃO

124. 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, no n.º 2 do artigo 22.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., no sentido de:

(i) Garantir, em permanência e em todo o processo de prestação de cuidados de saúde, os direitos dos utentes à informação e ao consentimento ou recusa informado, em particular nas situações em que os mesmos se encontrem impossibilitados de comunicar livre, esclarecida e autonomamente a sua vontade, em conformidade com o disposto nas alíneas e) e f) da Base 2 da LBS, nos artigos 3.º e 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, 5.º e 6.º, n.º 3 da "*Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina*", e na Norma da DGS n.º 015/2013 de 3 de outubro de 2013, atualizada em 4 de novembro de 2015;

(ii) Assegurar, em permanência, que os procedimentos internos implementados sobre a matéria identificada em (i) são do conhecimento dos seus profissionais e por eles, efetivamente, adotados, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;

(iii) 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;

125. A instrução emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos respetivos Estatutos configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, "[…] *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*".

126. A presente deliberação será levada ao conhecimento do Ministério Público e da Ordem dos Enfermeiros.

127. A presente deliberação será publicada no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 30 de março de 2023.



RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2023
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).